



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem

Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016

www.leopoldina.org

Impressum

Herausgeber

Prof. Dr. Jörg Hacker

Präsident der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina

– Nationale Akademie der Wissenschaften –

Jägerberg 1

06108 Halle (Saale)

Redaktion

Dr. Kathrin Happe, Dr. Stefanie Westermann

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

Kontakt

politikberatung@leopoldina.org

Datum: Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	4
Sektion 1: Wovon sprechen wir? Fallzahlsteigerungen und Qualität: Fakten und ihre Interpretation	6
Sektion 2: Zum grundsätzlichen Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin	12
Sektion 3: Die Perspektive der Patienten	18
Sektion 4: Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum oder/und dem Patientenkollektiv verpflichtet?.....	24
Sektion 5: Vergütungssysteme im Spannungsverhältnis zur Ausrichtung der Medizin	32
Schlussdiskussion	40
Teilnehmer des Symposiums.....	45
Programm	47

Einführung

Erich R. Reinhardt

11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts geben wir für Gesundheit aus, circa 5 Mio. Menschen arbeiten im Bereich Gesundheit: Gesundheit ist ein großer und starker Wirtschaftsfaktor. Wenn man diesen Sektor aber auch als solchen aktiv behandelt, entstehen bei vielen Bürgerinnen und Bürgern Sorgen, dass die Ausgaben für Gesundheit und der Bedarf nach Gesundheitsleistungen steigen werden – auch aufgrund der demografischen Entwicklung –, verbunden mit der Frage: Wie lange können wir uns dieses als Gesellschaft noch leisten? Laufen wir in eine Zwei-Klassen-Gesellschaft? Ohne Zweifel: Das Thema des Symposiums ist kontrovers.

In der öffentlichen Diskussion wird das Thema Ökonomisierung oft herangezogen, wenn Missbrauch in unterschiedlichen Formen wahrgenommen wird, auf der Seite der Leistungserbringer oder auf der Seite der Industrie. Die Argumentation ist dann häufig, dass der Missbrauch ökonomisch getrieben sei und man deshalb die Ökonomisierung zurücknehmen müsse. Solche Argumente sind zu hinterfragen.

Ist mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem gut oder schlecht? Gibt es spezielle Spielregeln, die zu beachten sind, damit ein Wettbewerb sinnvoll ist? Oder ist dieser gänzlich zu vermeiden und sind andere Konzepte anzustreben?

Die Vorbereitungsgruppe hatte bei der Vorbereitung des Symposiums den Anspruch, zur Gestaltung einer Gesundheitsversorgung von hoher Qualität im Interesse der Betroffenen – der Patienten und der Gesunden – beizutragen.

Die übergeordnete Leitfrage dieses Symposiums ist: Wie ist das Verhältnis von Medizin und Ökonomie im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten sinnvoll zu gestalten? Weitere Fragen sind:

- ▼ Welche Stellschrauben sind wichtig, damit das Verhältnis ausgeglichen sein kann?
- ▼ Wo liegen sensible Stellen? Wie kann man diese gestalten, um gleichzeitig die Qualität der Versorgung und einen sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu gewährleisten?
- ▼ Welche „Leitplanken“ für die Praxis sind insoweit erforderlich?

- ▼ Welche wettbewerblichen „Spielregeln“ sind notwendig, um den besonderen Ansprüchen der Gesundheitsversorgung zu entsprechen?
- ▼ Was spricht für/gegen einen wettbewerbsorientierten Ansatz im Sektor Gesundheit?

Ziel ist es, Ansatzpunkte zu finden, um die Konfrontation der beiden Systeme Ökonomie und Medizin zu entschärfen.

Sektion 1: Wovon sprechen wir? Fallzahlsteigerungen und Qualität: Fakten und ihre Interpretation

Impulsbeitrag Reinhard Busse

Vorbemerkung

Dieser Beitrag gibt einen Einblick in die Thematik des Symposiums ausgehend von den Fallzahlsteigerungen und der Fallzahlmenge, für die Zahlen aus dem stationären Sektor vorliegen. Grundlage ist ein Forschungsauftrag durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu Mengenentwicklungen im stationären Bereich in den Jahren 2007 bis 2012. Die Ergebnisse der 2012 in Auftrag gegebenen Studie wurden im Sommer 2014 veröffentlicht.

Für diese Studie wurden die Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) (circa 103 Mio. Fälle zwischen 2007 und 2012, die nach DRG [*Diagnosis Related Groups* – Fallpauschalen] vergütet werden), Daten gemäß § 137 Sozialgesetzbuch 5 (SGB V) (Daten der Qualitätsindikatorensammlung), die Sterbefallstatistik und Bevölkerungsstatistik (für bevölkerungsbezogene Daten), Informationen zum Wohnort der Patienten sowie ambulante Daten aus dem KV-System ausgewertet. Weitergehende Daten standen nicht zur Verfügung, also Informationen zu den Krankenhäusern aus der Krankenhausstatistik (z.B. zur Trägerschaft), Daten gemäß § 115b SGB V (zum Ambulanten Operieren) sowie Daten gemäß 301 SGB V i.V.m. § 295 SGB V, die eine patientenbezogene fall- und sektorenübergreifende Auswertung erlaubt hätten.

Ergebnisse

Zwischen 2007 und 2012 stiegen die Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern um etwa 1,3 Millionen Fälle an, d.h. um jährlich 1,7 Prozent. In dem Zeitraum stiegen insbesondere die Zahl der Fälle mit 1-3-tägiger Verweildauer im Krankenhaus (um 20% und mehr) und stationäre Aufnahmen von montags bis freitags zwischen 6 bis 8 Uhr. Der stärkste Anstieg bei Operationen fand wochentags zwischen 7 und 15 Uhr statt. Außerhalb der Kernarbeitszeit gab es hingegen wenige Änderungen.

Die Zahl der als „**Notfälle**“ aufgenommenen Patientinnen und Patienten stieg um 4,4 Prozent pro Jahr, die Zahl der per Einweisung Aufgenommenen ging hingegen um 0,3 Prozent pro Jahr zurück. Es stellt sich dabei die Frage, ob die als „Notfälle“ deklarierten Aufnahmen tatsächliche Notfälle waren. Schaut man nach den dieser Untersuchung zugrundeliegenden Kriterien – Zeit bis zur ersten dokumentierten Maßnahme (Dringlichkeit), Verteilung der Aufnahmezeit (Unvorhersehbarkeit, gemessen als Anteil an Aufnahmen außerhalb der normalen Arbeitszeiten) sowie als „N“ administrativ kodierter Notfall – an, so lässt sich festhalten: Die Mehrheit der zusätzlichen „Notfälle“, definiert als Aufnahmen ohne Einweisungen, sind keine charakteristischen Notfälle.

Blickt man auf die einzelnen **Anteile bei den Steigerungen nach Diagnosegruppen**, so zeigt sich, dass absolut am stärksten Krankheiten und Störungen des Muskel-Skelett-Systems zugenommen haben; relativ am stärksten – etwa 25 Prozent – zugenommen haben Infektiöse und parasitäre Erkrankungen.

Zieht man die *Clinical Classification Software* der *US Agency for Healthcare Research and Quality* als Auswertungstool hinzu, zeigt sich der stärkste Anstieg im Bereich Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen sowie Spondylose, Bandscheiben-Störungen und anderen Rückenproblemen.

Einflussfaktoren auf der Nachfrageseite

Mögliche Einflussfaktoren der Veränderung der Fallzahlen im Krankenhaus können sein: Morbidität, Mortalität (bei unmittelbarer Nähe zum Tod sind mehr Krankenhausaufenthalte zu erwarten), Veränderungen der Bevölkerungszahl und Alter: Die Mortalität ist in den meisten Altersgruppen in Deutschland gesunken, vor allem in hohen Altersstufen. Um Zirkelschlüsse zu vermeiden, wurde die ambulant codierte Morbidität genutzt; diese ist bis zu einem Alter von 80 Jahren zwischen 2008 und 2011 gesunken, die unter 80-Jährigen sind also pro Alter gesünder geworden. Nur bei hochaltrigen Menschen stieg die Morbidität.

Kontrolliert für alle anderen nachfrageseitigen Einflussgrößen ist ein verbleibender höherer fallzahlsteigernder Einfluss in höherem **Alter** festzustellen. Als Erklärungsansätze dafür bieten sich an: (1) Behandlungsmöglichkeiten, die altersspezifisch zum Tragen kommen, (2) verbesserte Gesundheit der Älteren, so dass z.B. eine Anästhesie möglich ist, (3) unterschiedliche Patientenpräferenzen.

Die Nachfrageseite oder Aspekte wie der medizinische Fortschritt erklären damit nur bis maximal 50 Prozent den Anstieg der Fallzahlen. Hierbei zeigen sich **regionale Hotspots**, in denen die Fallzahlsteigerung besonders deutlich ausfiel, beispielsweise in Hamburg und Ingolstadt.

Einflussfaktoren auf der Angebotsseite

Es ist eine klare **Korrelation zwischen Verweildauer im Krankenhaus und der Veränderung der Fallzahlen** feststellbar. Krankenhäuser, die ihre Verweildauer besonders stark senken, steigern ihre Fallzahlen überdurchschnittlich und andersherum.

Ebenfalls ist eine **Korrelation zwischen der Veränderung der Fallzahlen und der relativen Veränderung der DRG-Gewichte** zu verzeichnen. Das heißt: Im Vergleich mit Fällen, deren DRG-Gewichte abgewertet oder gleichgeblieben sind, hat die Zahl der Fälle stärker zugenommen, bei denen die DRG-Gewichte im Laufe von 5 Jahren aufgewertet wurden. Konkret: Wurde das Relativgewicht um 8% aufgewertet, verdoppelte sich der Fallzahlenanstieg im Vergleich zu nicht aufgewerteten DRGs. Wichtig ist: Es handelt sich dabei um Korrelationen, **nicht um Ursache-Wirkungs-Beziehungen**.

Die bisherigen Analysen erlauben **keine** wissenschaftlich fundierte Aussage darüber, ob die durch die Veränderung der DRG-Gewichte induzierte Veränderung in den Fallzahlen medizinisch indiziert war oder nicht.

Fallzahlsteigerungen und Qualität im internationalen Vergleich

Die **Fallzahlentwicklung in Deutschland** ist im internationalen Vergleich **ungewöhnlich**. Bei einer ähnlichen demografischen Entwicklung wie in anderen europäischen Ländern stiegen die Fallzahlen zwischen 1994 und 2013 um 30 Prozent. Im nahezu gleichen Zeitraum (1993 bis 2013) blieben die Fallzahlen im EU-Mittelwert hingegen praktisch konstant – und sanken in Dänemark sogar um 30 Prozent. Auch die Anzahl der Krankenhausbetten liegt in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt und hat relativ sogar zugenommen; 1993 lag sie bei 50 Prozent über dem EU-Mittelwert, 2013 um 60 Prozent darüber. Zudem verteilen sich die Betten in Deutschland auf deutlich mehr kleinere Häuser als beispielsweise in den Niederlanden oder in Norwegen. Und auch die Verweildauer ist in Deutschland höher, woraus sich bei den Bettentagen pro Einwohner im Vergleich mit den Niederlanden etwa 3mal so viele Tage ergeben: 1,7 vs. 0,6.

Vergleicht man international die **Krankenhaus-Sterblichkeit** beispielsweise beim akuten Herzinfarkt, so lag Deutschland 2011 deutlich über dem EU-Durchschnitt, hatte also geringere Behandlungserfolge als nahezu alle anderen EU-Länder. Auf der Suche nach Gründen stößt man auf folgende Evidenzstücke: Akute Herzinfarktpatienten können in 1.400 von 1.700 Akut-Krankenhäusern eingeliefert werden. Davon behandeln 800 im Durchschnitt weniger als einen Fall

pro Woche und haben eine deutlich stärkere Mortalität als die größeren Krankenhäuser.¹

Würden wir die dänische Krankenhausdichte auf Deutschland übertragen, hätten wir nur etwa 320 Krankenhäuser.

Zu viele Krankenhäuser und die Folgen

Ein grundlegendes Problem ist damit, dass in Deutschland zu viele Häuser vorhanden sind. Vergleicht man beispielsweise die Versorgungssituation in Berlin mit der Situation in Wien, so gibt es in Berlin 36 Krankenhäuser, die Herzinfarktpatienten aufnehmen, in Wien sind es am Tag hingegen 6, nachts sogar nur 2, in denen die dort tätigen Ärzte im Schichtdienst arbeiten, nicht in 24-Stunden Diensten, wie in Deutschland.

Einer Reihe von deutschen Plan-Krankenhäusern fehlt eine Grundausstattung an Intensiv-Betten (18 Prozent) oder Computertomographen (35 Prozent), regional ist die Quote zum Teil noch deutlich höher.

Schlussfolgerungen

Die stationären Fallzahlen in Deutschland sind – von sehr hohem Niveau – in den letzten Jahren stark gestiegen, und zwar ausschließlich durch Aufnahmen ohne Einweisung, sogenannte „Notfälle“, während sich – bei praktisch gleichbleibender Bettenzahl – die Verweildauern verkürzt haben.

Diese Veränderung wird durch Nachfragefaktoren nur zu einem geringen Teil erklärt (insbesondere in bestimmten Regionen), während Angebotsfaktoren klar mit der Menge korrelieren. Gezielte Gegenmaßnahmen – neben einem Bettenabbau – umfassen ein Bündel von Möglichkeiten, zu denen u.a. gehören:

- ▼ Stärkung des Zweitmeinungsverfahrens zur Verbesserung der Indikationsqualität,
- ▼ Überprüfung der Dokumentationsqualität,
- ▼ Knüpfen der Vergütung an bestimmte Strukturen (z.B. Vorhandensein einer *Stroke unit*),
- ▼ Verbindliche Zentren-Bildung (und Ausschluss anderer Häuser für diese Indikationen).

¹ Vgl. Peschke, D., & Mansky, T. (2014). Mengen-Ergebnis-Beziehung bei ausgewählten Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Zeitschrift für Palliativmedizin, 15(3): PD251. <http://doi.org/10.1055/s-0034-1374422>.

Diskussion

Fallzahlsteigerungen: Träger-abhängig, nach Indikationen aufschlüsselbar, regional erklärbar?

- ▼ Verschiedene spezifische Auswertungen zur Frage der Rolle der Trägerschaft „öffentlich“ versus „privat“ kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, insofern sind hierzu keine eindeutigen Aussagen möglich.
- ▼ Die zur Verfügung stehenden Forschungsdaten lassen sich nicht verknüpft nach Indikationen aufschlüsseln, d.h. die spezifische Indikationsstellung pro DRG-Gruppe nachzuvollziehen, ist nicht möglich – von der Beurteilung ihrer Angemessenheit ganz abgesehen. Man weiß aufgrund der für die Studie vorhandenen Daten also beispielsweise nicht, wieviel Bandscheibenvorfälle es in der Bevölkerung mehr gegeben hat, man kann nur sehen, dass die Bevölkerung nicht generell kränker, sondern in vielen Altersgruppen sogar gesünder geworden ist. Es gibt eine Reihe von DRG-Gruppen, die in ihrem Relativgewicht nach oben gegangen sind, aber auch hier können keine Kausalitätsbezüge zu einer Überversorgung bzw. einer unangemessenen Fallzahlausweitung hergestellt werden. Vielleicht sind die Gruppen hochgestuft worden, in denen die Kosten vorher nicht adäquat vergütet worden sind, und bei denen es zu einer relativen Unterversorgung gekommen war.
- ▼ Studie mit RWI zu Determinanten des Mengenwachstums: Die Unterteilung der DRGs in solche mit hohem Fixkostenanteil und solche mit niedrigem zeigt, dass DRGs mit hohem Fixkostenanteil deutlich stärker gewachsen sind: zusätzliche Mengen gehen eher dahin, wo zusätzliche Deckungsbeiträge generiert werden.
- ▼ Auch wenn eine Konzentration der Fallzahlsteigerungen in bestimmten Landkreisen auffällig ist, zeigt dies nur die *Mengenentwicklung*. Grundsätzlich ist die Fallzahlhöhe insgesamt in Deutschland im internationalen Vergleich problematisch.
- ▼ Das Grundproblem ist: Es gibt zu viele Krankenhäuser mit zu vielen Betten in Deutschland.

Drohender Vertrauensverlust?

- ▼ Grundsätzlich gilt: Die vorhandenen Daten müssen zur Verfügung gestellt werden und alle Fragen prinzipiell diskutierbar sein.
- ▼ Wenn Evidenz vorhanden ist, dass es bei der Indikationsstellung nicht nur um medizinische und Patienten-bezogene Fragen geht, sondern außermedizinische Aspekte eine Rolle spielen – und diese Fragen werden zunehmend me-

dial diskutiert – dann wird damit die Basis der Medizin untergraben: das Vertrauen der Patienten. Dennoch bleibt zu überprüfen: Ist ein Vertrauensverlust feststellbar? Gibt es Sachargumente für einen solchen Vertrauensverlust? Allerdings sollte die Diskussion sich nicht nur auf den Vertrauensaspekt konzentrieren, denn z.B. eine Überversorgung schmälert das Vertrauen ja nicht besonders. Das zentrale Argument ist doch eher das ökonomische Argument, welches im ethischen Sinne das der Ressourcenverschwendung ist.

- ▼ Es sind auch andere Erklärungen für die Fallzahlsteigerungen möglich, beispielsweise die These, dass der gesamte Prozess mittlerweile stärker kontrolliert wird. Sinnvoller wäre es, sich auf die im internationalen Vergleich schlechtere Outcome-Qualität zu konzentrieren und diese als Ausgangspunkt für Veränderungen im System zu wählen.

Zur Qualität internationaler Vergleichsdaten

- ▼ Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland oft nicht gut ab, beispielsweise bei medizinisch beeinflussbaren Sterbefällen lag Deutschland bei einem Vergleich von 13 Hocheinkommensländern nur auf Platz 11.
- ▼ Das von einigen vorgebrachte Argument, die Versorgungsqualität in Deutschland sei im internationalen Vergleich viel besser, es würden lediglich die falschen Outcome-Daten für die Qualitätsmessung herangezogen, ist nicht tragfähig. Verschiedene Länder, beispielsweise Großbritannien, sind weiter, was die Erhebung von Outcome-Daten angeht. Sie nehmen beispielsweise Aspekte wie den vom Patienten selbst eingeschätzten Erfolg operativer Maßnahmen („Patient-reported outcomes“) oder Lebensqualität mit auf. Ob diese in Deutschland tatsächlich besser wäre, würde sich erst durch ähnliche Erhebungen in Deutschland zeigen. Insgesamt gibt es keine Hinweise, dass international die Daten schlechter erhoben werden, d.h. dass die vermeintlich gute Qualität der Datenerhebung für die sich in den Daten widerspiegelnde mittelmäßige Versorgungsqualität verantwortlich ist.
- ▼ In anderen Ländern gibt es die Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationär Sektor nicht in der Form, wie sie in Deutschland besteht. In vielen Ländern können auch Krankenhäuser Patienten ambulant behandeln. Dies erklärt möglicherweise auch die Vielzahl von 1-Tagesfällen in Deutschland.

Sektion 2: Zum grundsätzlichen Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin

Impulsbeitrag Dieter Birnbacher²

Ausgangspunkte der nachfolgenden Überlegungen sind **irritierende Entwicklungen** in der Medizin in den vergangenen Jahren wie beispielsweise finanzielle Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen³ oder die Verdoppelung der Anzahl der Wirbelsäulenoperationen von 2005 bis 2010.⁴

Faktoren, die diese Entwicklungen begünstigen sind, so lässt sich vermuten, insbesondere die demografische Entwicklung, welche allerdings nur eine Teilerklärung liefert, sowie eine Angebots-induzierte Nachfrage bzw. wirtschaftliche Interessen. So sehen Dienstverträge für leitende Ärzte häufig eine Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg der Klinik vor; teilweise hängt die Vertragsverlängerung befristeter Verträge vom Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg der Klinik ab.

Insbesondere zwei Reaktionen des medizinischen Personals auf diese Entwicklungen sind feststellbar: Auf der einen Seite Unzufriedenheit, Klagen über vermehrten Stress, innere Opposition aufgrund des Konflikts zwischen den eigenen Ansprüchen und den äußeren Anforderungen; auf der anderen Seite eine Internalisierung der ökonomischen Orientierung.

Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung sind unterschiedliche Dinge. Vor allem unter den Bedingungen eines solidargemeinschaftlich finanzierten Ge-

² Vorbemerkung: Die nachfolgenden Analysen wurden vor allem im Rahmen der Diskussionen in der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer entwickelt.

³ Vgl. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“, Dtsch Arztebl 2013; 110(38): A-1752 / B-1544 / C-1520 [<http://www.aerzteblatt.de/archiv/146470> (Zugriff: 19.8.2016)], Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 8.12.2015. [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2015/2015_04/151207-48_Neuregelungen_im_Jahr_2016_im_Bereich_Gesundheit_und_Pflege.pdf (Zugriff: 19.8.2016)] sowie § 135c SGB V.

⁴ Zahlen auf der Grundlage der AOK-Versicherten, Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013; Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Schattauer (Stuttgart).

sundheitssystem ist eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein moralisches Gebot. Wirtschaftliche Motive sind folglich nicht *eo ipso* moralisch verwerflich. Gewinne sind erforderlich für Investitionen und die Umsetzung technischer Fortschritte. „**Ökonomisierung**“, durchaus auch als polemischer Begriff gemeint, bedeutet hingegen die Priorisierung wirtschaftlicher Aspekte gegenüber originär medizinischen Aufgaben – die es entsprechend zu definieren gilt, auch die Indikation ist keine festgeschriebene Größe – bei der Krankenversorgung und der Rekrutierung von Ärzten.

Das **ärztliche Berufsethos** hat die Aufgabe, diese Abgrenzung zwischen originär medizinischen Aufgaben auf der einen Seite und externen Anforderungen, im Sinne einer Gesamtheit der gesellschaftlichen Erwartungen an die Ärzteschaft, auf der anderen Seite festzulegen. Was das ärztliche Ethos erfordert und was mit ihm vereinbar oder unvereinbar ist, bestimmt sich nicht nach einer irgendwie gearteten überzeitlichen und überkulturellen "Idee des Arztes," sondern danach, was die Gesellschaft – die Gesamtheit der tatsächlichen und potenziellen Patienten – von ihren Ärzten erwartet. Dazu gehören nicht nur bestimmte Leistungen, sondern auch bestimmte Einstellungen und Selbstverpflichtungen. Das ärztliche Berufsethos definiert dabei die wesentlichen Zielsetzungen der ärztlichen Tätigkeit und verhindert, dass diese von weiteren, mit diesen nur bedingt vereinbaren Gesichtspunkten verdrängt werden.

Das primäre **Ziel ärztlichen Handelns** ist die Gesundheit des Patienten. Darüber hinaus verschafft das Berufsethos den ärztlich Tätigen Orientierungssicherheit. Seine Funktionsfähigkeit hängt dabei auch von der stabilen Verinnerlichung im ärztlichen Selbstverständnis ab. Den Patienten verschafft das ärztliche Berufsethos Erwartungssicherheit. Diese Sicherheit ist in Gesundheitsbelangen in besonderer Weise vordringlich, da diese Belange für den einzelnen häufig von existenzieller Bedeutung sind und ärztliche Hilfe auch dann in Anspruch genommen werden muss, wenn die zu erwartende Qualität der Behandlung für den Patienten nicht überprüfbar ist.

Damit ermöglicht das ärztliche Berufsethos die für die ärztliche Tätigkeit unabdingbare **Vertrauensbasis** zwischen Arzt und Patient. Nur wenn – im Sinne eines „antizipatorischen Systemvertrauens“ – bestimmte Kompetenzen und Bereitschaften bei Ärzten allein aufgrund der Zugehörigkeit zum Beruf erwartet werden können, kann sich der Patient vertrauensvoll auf eine Behandlung einlassen. Dies gilt insbesondere auch für psychiatrische Behandlungen. Das bedeutet in der Konsequenz, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle neben wirtschaftlichen auch ärztlich-medizinische und ethische Ziele berücksichtigen müssen. Dasselbe gilt für Zielvereinbarungen auf allen Ebenen. Zielvorgaben sollten neben wirtschaftlichen Parametern zudem weitere Ziele berücksichtigen,

z.B. die Verbesserung der angebotenen Leistungen wie die Einführung evidenz-basierter innovativer Methoden, eine gute Kommunikationskultur im Umgang mit Patienten, Kollegen und Mitarbeitern und die Verbesserung der Patienten-, Kollegen- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Diskussion

Vertrauensverlust, Über- und Unterversorgung und mangelnde Transparenz

- ▼ Ein Vertrauensverlust ist nicht nur im Gesundheitssystem als Ganzem spürbar, sondern auch im institutionellen Arrangement des Systems.
- ▼ Stichwort **Übersorgung**: In der öffentlichen Wahrnehmung kommt zu kurz, dass eine medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisung ein Risiko für den Patienten darstellt.
- ▼ Stichwort **Unterversorgung**: Nicht nur **Übersorgung**, sondern auch **Unterversorgung** kann eine Folge einer Verschiebung der Ressourcen in rein lukrative Bereiche sein.
- ▼ Patienten müssen viel stärker in die Debatten einbezogen werden, **Transparenz** stärker angestrebt werden. Das Beispiel der Diskussionen um das E-Health-Gesetz zeigt allerdings, wie kompliziert es ist, das System transparenter zu gestalten.
- ▼ Es gibt einen großen Arbeitskräftebedarf bei der Pflege. Es gibt hierfür nicht genug Fachkräfte, um die vorhandenen Einrichtungen zu bedienen.
- ▼ Der Fokus der Debatte um eine „**Ökonomisierung**“ liegt derzeit vor allem auf der Akutversorgung, aber beispielsweise auch chronische Krankheiten oder der Bereich der Prävention sollten stärker in den Blick genommen werden, wobei insbesondere letzterer eine entsprechende Begleitforschung braucht. Das System ist nicht in allen Teilen gut ausbalanciert.

Ökonomisierung, Effizienz, Wettbewerb – und die Aufgaben der Politik

- ▼ Der Begriff „**Ökonomisierung**“ wurde und wird historisch und aktuell sehr unterschiedlich definiert. Daher ist er für eine politische Auseinandersetzung nicht unbedingt geeignet. Die Debatte sollte besser unter einem präziseren Oberbegriff geführt werden.
- ▼ Leitfragen könnten sein: wie groß sind Ineffizienzen? Was muss getan werden, um diese zu beseitigen? Wirtschaftliche Orientierung kann einige der angesprochenen Probleme lösen. Das Problem liegt eher in den falschen Anreizsystemen, die nicht zwingend wirtschaftlich getrieben sind.

- ▼ Auch Qualitätsmaßstäbe können nicht ohne Berücksichtigung von Effizienz auskommen, gleichwohl sollte man sehr vorsichtig sein, ein hypothetisches Modell möglicher Effizienz zu entwerfen; auch soziale und psychologische Aspekte spielen eine Rolle. Nicht zuletzt unter diesen Gesichtspunkten ist eine Stärkung des Hausarzt systems sinnvoll, gibt es doch hier ein gewachsenes Betreuungs- und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.
- ▼ In einer Untersuchung unter mehreren tausend Chefärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, die sich unter anderem mit der Frage beschäftigte, ob die Befragten denken, dass in ihrem Fachgebiet ökonomisch indizierte Maßnahmen eine Rolle spielen, bejahten dies etwa 40 Prozent der Befragten; in einigen Fächern bis zu 60 Prozent. Chefärzte befinden sich oft in einem Dilemma, haben z.T. das Gefühl, angesichts des Drucks von Verwaltungsleitern Qualität und Quantität nicht so verbinden zu können, wie sie wollen.
- ▼ Verwaltungsdirektoren in allen Häusern haben den Auftrag, ihr Haus zu erhalten. Daher ist es auch ihre Aufgabe, Überlegungen zu all den möglichen Stellschrauben anzustellen, die diesem Auftrag dienen. Dieses Vorgehen ist nicht unethisch. Es ist die Aufgabe der Politik, Änderungen im System vorzunehmen.
- ▼ Ein Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird zwar politisch proklamiert, findet effektiv jedoch nicht statt. Das bestehende System schafft die Voraussetzungen für Wettbewerb nicht. Beispielsweise verbleiben manche Krankenhäuser im System, die nach rein ökonomischen oder qualitativen Gesichtspunkten längst hätten ausscheiden müssen. In dem bestehenden System kann man nicht auf Wettbewerb allein setzen, eine stärkere Steuerung ist notwendig. Innerhalb des gesetzten Rahmens wäre dann wettbewerbliches Handeln möglich.
- ▼ Die aktuelle Situation ist auch das Ergebnis des politisch Gewollten: Der medizinische Fortschritt soll für alle zugänglich sein. Auch die Steigerung der Leistung als Voraussetzung für das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser ist politisch gewollt, insofern verhalten sich alle entsprechend der politischen Vorgaben. Die Politik hat sich aus der aktiven Gestaltung des Systems, etwa der Krankenhausplanung, zurückgezogen. Dies ist auch ein großer Unterschied beispielsweise zu Ländern wie den Niederlanden. Die Politik in Deutschland versucht das System indirekt zu verändern, beispielsweise über Fallpauschalen. Das bedeutet: Veränderungen gibt es nur, wenn die Rahmenbedingungen politisch verändert werden wollen.
- ▼ Es gibt ein deutliches Überangebot an Krankenhäusern in Deutschland. Mit der Einführung der DRGs war unter anderem beabsichtigt, dieses zu verrin-

gern; im Endeffekt durch die Schließung von Krankenhäusern. Dazu ist es jedoch bislang nicht gekommen. Deshalb versucht man nun, dieses Ziel über einen Qualitätswettbewerb zu erreichen. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen scheint auch dieses nicht zielführend zu sein.

- ▼ Ein System unter Druck gibt den Druck nach unten weiter. Die Politik hat eine Systemoptimierung nicht auf den Weg gebracht. Dieses mag auch an den verschiedenen Zuständigkeiten auf Länder- und Bundesebene liegen. Die zentrale Frage ist: Welcher Versorgungsbedarf ist regional vorhanden? Wie kann dafür eine optimale Versorgung ermöglicht werden?

Ressourcenallokation und Priorisierung

- ▼ Das Hauptanliegen einer Reform des Gesundheitssystems müssen Qualität und Transparenz bei der Qualitätssicherung sein.
- ▼ Es ist auch denkbar, dass sich die Gesellschaft entsprechend ihrer Präferenzen dafür entscheidet, mehr Geld in das Gesundheitssystem zu geben. Wie hoch ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP? Und wie werden diese im Vergleich zu anderen Sektoren wie Bildung oder Verteidigung priorisiert? Welche Allokations- und Finanzierungsalternativen gibt es? Über diese Fragen sollte man sich Gedanken machen, bevor man auf die politische Entscheidungsebene verweist. Gesundheit genießt in der Gesellschaft hohe Priorität. In einer Demokratie muss die Gesellschaft über Priorisierungen entscheiden.
- ▼ Ärzte sind auch Sachwalter gesellschaftlicher Interessen: Wie kann diese Ebene mit der des individuellen ärztlichen Handelns gut zusammengebracht werden? Beispielsweise könnte in der Entwicklung von Leitlinien auch auf wirtschaftliche Aspekte aufmerksam gemacht werden.
- ▼ Der Arzt am Krankenbett ist nicht die richtige Instanz, um ökonomische Abwägungen vorzunehmen, dieses muss auf einer höheren institutionellen Ebene entschieden werden. Wichtig ist in jedem Fall, dass die Entscheidungen und ihre Kriterien transparent gemacht werden. Gegebenenfalls muss der Patient aufgeklärt werden, dass bestimmte Maßnahmen aus gesamtgesellschaftlichen Gründen nicht möglich sind.
- ▼ Die Planungen in den Ländern finden vor dem Hintergrund einer historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft statt. Diese ist nicht leicht veränderbar, wie die folgenden Beispiele zeigen: 1. Konstellation: Ein Krankenhaus in einer ländlichen, strukturarmen Region kommt in die Insolvenz. Dennoch stößt eine Schließung auf große Widerstände in der Bevölkerung und in der Kommunalpolitik. 2. Konstellation: In einem Ballungsraum sind mehrere Krankenhäuser gleichen Zuschnitts auf engem Raum vorhanden. Fachlich kann man sich

schnell darauf einigen, dass mindestens ein Krankenhaus überflüssig ist. Aber die Schließung eines Hauses verwaltungsseitig entsprechend durchzusetzen, ist rechtlich kaum möglich; vor allem aufgrund grundgesetzlicher Vorgaben (Artikel 12 GG).

Ökonomisches Wissen bei Medizinern? Ethische Aspekte in Verträge aufnehmen?

- ▼ Eine Aufnahme ethischer Aspekte in Verträge oder ihre Berücksichtigung bei Indikationsstellungen erfüllt den Anspruch an ethisches Handeln im Krankenhaus nicht. Aus ethischer Perspektive muss es immer darum gehen, gemäß des Primats der Medizin zu handeln.
- ▼ Nicht nur eine zunehmende Ökonomisierung, auch eine zunehmende – ebenfalls kostensteigernde – Verrechtlichung der Medizin ist festzustellen, beispielsweise die Absicherung durch Formulare. Eine stärkere Grundkompetenz der Mediziner in rechtlichen und ökonomischen Fragen könnte zum Abbau des Spannungsverhältnisses beitragen. Zu bedenken ist jedoch: Mehr ökonomische und juristische Kompetenz bei Ärzten ist zwar wünschenswert im Sinne eines besseren Verständnisses, aber Ärzte können und dürfen die Aufgaben und Verantwortung von Krankenhausmanagern nicht übernehmen – ihre Aufgabe ist und bleibt die Versorgung des Patienten unter rein medizinischen Gesichtspunkten.

Sektion 3: Die Perspektive der Patienten

Impulsbeitrag Daniel Strech

Unter der Überschrift „**Rolle der Patienten**“ werden drei Akteursgruppen unterschieden: Bürger, Versicherte, Patienten. Alle Gruppen bringen potentiell eigene Interessen und eigene Beteiligungsformen ein. Welche Bedeutung kann die Rolle der verschiedenen Akteure für die Aushandlungsprozesse zwischen Medizin und Ökonomie haben?

Bürger, Versicherte, Patienten greifen nicht direkt in Aushandlungsprozesse ein. Aber sie können durch unterschiedliche „Rollen“ und auf verschiedenen Ebenen eine „patientenorientierte Ökonomie und Rationalisierung“ einfordern und fördern; im Einklang mit dem §12 SGB und einem patientenorientierten Verständnis der Begriffe „ausreichend“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“.

Patientenorientierung in Ökonomie und Rationalisierung liegt vor, wenn Patientenpräferenzen und -bedürfnisse in deren Entscheidungen eingehen und wenn Evidenz zur Bestimmung eines Nettonutzens auf der Grundlage von patientenorientierten Endpunkten generiert wird.

Welche „Rollen“ gibt es für Patienten, Versicherte, Bürger? Patienten können sich z.B. über Kollektive beteiligen: beispielsweise seit 2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), im Nationalen Krebsplan, bei den Gesundheitszielen, bei der Erstellung von Versorgungsleitlinien. Dazu ist eine **Gesundheits- und Risikokompetenz** aufseiten der Patienten notwendig. Ob die von den jeweiligen Organisationen entsandten Personen tatsächlich sachkundig genug sind, wird gegenwärtig nicht systematisch evaluiert. Patientenvertreter gelten als sachkundig, weil sie aus einer bestimmten Patientenorganisation kommen. Qualitätssicherung bei der Patientenbeteiligung ist ein wichtiger Diskussionspunkt. Auch Versichertengruppen können eine „Rolle“ im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie einnehmen u.a. durch die Kassenwahlfreiheit.

Die **Patientenbeteiligung in der Forschung** wird im deutschsprachigen Raum noch zu wenig diskutiert. Hier wäre es denkbar, dass sachkundige Patientenvertreter bei der Entwicklung des Studiendesigns von Zulassungsstudien mit-

wirken, um dort auf vernünftige Endpunkte und Fragestellungen hinzuwirken. Individuelle Patienten können verschiedene weitere „Rollen“ einnehmen⁵:

- ▼ Patienten sind **Koproduzenten**, um Therapien umzusetzen (Compliance, Adhärenz). Dazu brauchen sie Gesundheits- und Risikokompetenz.⁶
- ▼ Patienten sind **Partner** („shared decision making“). Wenn man sich das wünscht und dadurch patientenorientierte Rationalisierungen, dann sind Gesundheits- und Risikokompetenz bei Patienten ebenfalls Voraussetzung.
- ▼ Patienten sind **Kunden**. Diese Sichtweise ist in der Diskussion um Gesundheitsmärkte relevant. Kritikpunkte hieran sind: Es gibt nicht „den“ souveränen Konsumenten. Hilfreich für tendenziell mehr „Souveränität“ wäre das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). In diesen Kontext passt auch die Debatte um den Anspruch auf Leistungen außerhalb des Leistungskataloges (Stichwort: Nikolaus-Urteil).
- ▼ Patienten als **Bewerter von Leistungen**, beispielsweise in Krankenhausbewertungsportalen im Internet. Dieses entspricht einem Bottom up-Ansatz, in dem Patienten sich selber Daten generieren und Ärzte bewerten. Dem gegenüber steht der Top down-Ansatz wie beim IQTIG bei der Qualitätsbewertung. In diesem Zusammenhang muss kritisch darüber diskutiert werden, was überhaupt gut bewertungsfähig ist: Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung und neutrale Informationen der Patienten sind relativ gut bewertungsfähig. Allerdings ist zu befürchten, dass dieses nicht die Faktoren sind, die aktuell in Internetportalen tatsächlich bewertet werden. Perspektivisch können Bewertung in einer ähnlichen Art erfolgen wie beim Internetkauf: Dort werden Produkte bewertet, es wird aber auch danach gefragt „wie hilfreich fanden Sie diese Bewertung?“. Hierdurch könnte – übertragen auf den Gesundheitsbereich – eine Art Peer-to-peer-Kommunikation entstehen, die die Gesundheitskompetenz schult. Allerdings bewerten Patienten Ärzte aktuell nur sehr selten über das Internet, obwohl die Patienten die Bewertungsportale kennen und auch nutzen.

⁵ Beispielhaft für die Einbeziehung von Patienten in Gesundheitsentscheidungen sind u.a. die Bereiche der Palliativversorgung und der medizinischen Versorgung alter Menschen (siehe hierzu auch die Stellungnahmen der Akademien).

⁶ In diesem Zusammenhang kann auch das Thema „Eigenverantwortung“ angesprochen werden. Die praktische Relevanz von Eigenverantwortung zur Reduzierung von Überversorgung ist kritisch zu sehen. Kostensenkungen durch mehr Eigenverantwortung dürften eher gering sein.

- ▼ Patienten als **Akteure der Selbsthilfe** (dritter Sektor). Dieser Bereich umfasst Gesundheitsleistungen, die jenseits von Markt und Staat stattfinden. Ein Beispiel: 60-80 Prozent der Befindlichkeitsstörungen gelangen erst gar nicht in das professionelle System. Dieses hat auch ökonomische Konsequenzen.

Fazit: Die Rolle der Patienten liegt primär darin, dass sie auf verschiedenen Ebenen des Systems und in verschiedenen Funktionen mitwirken können, um eine **patientenorientierte Rationalisierung** im System zu fördern. Patienten brauchen dafür aber ein gewisses Niveau an **Gesundheits- und Risikokompetenz**. Dann können sie ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass weniger auch mehr sein kann. Und sie können Themen wie Überdiagnosen und Übertherapie einschätzen. Gleiches gilt ebenso für Ärzte, die Kompetenz im *Shared-Decision-Making* benötigen. Hinsichtlich der verschiedenen Formen von Patientenbeteiligung in Forschung und im Versorgungs-/Erstattungskontext stellt sich die Frage, inwieweit diese einer stärkeren Qualitätssicherung bedarf. Im Hinblick auf die Stärkung der Patientenrolle in den Aushandlungsprozessen zwischen Medizin und Ökonomie gilt: Es besteht in Deutschland eine Inkongruenz zwischen dem was normativ geboten wäre und was an unzureichendem Status quo gebilligt wird.

Diskussion

Patientensouveränität

- ▼ Viele kleine Krankenhäuser behandeln bei einigen Krankheiten nur sehr wenige Fälle. Es wäre doch auch im Interesse von Patienten, darauf hinzuwirken, dass Mindestfallzahlen eingeführt werden, weil damit auch eine höhere Qualität verbunden ist. Patienten können aber nur über ihre verschiedenen Beteiligungsrollen darauf hinwirken, dass das System dieses auch umsetzt; nicht jedoch direkt. Auch diesbezüglich wären mehr mündige Patienten wünschenswert.
- ▼ Wissenschaftler sollten einen Schritt zurücktreten und die benutzten Begriffe hinterfragen: Wer ist „der Patient“? „Den Patienten“ gibt es nicht, sondern Patienten stehen bei begrenzten Ressourcen direkt oder indirekt in Konkurrenz zueinander.
- ▼ Das Konzept der patientenorientierten Ökonomie oder Rationalisierung stellt die Ökonomie in ein sinnvolles und wichtiges Dienstverhältnis zur Medizin; denn es ist die Aufgabe der Medizin, Menschen zu helfen. Die Ökonomie ist dazu da, um diese Aufgabe effektiv, sparsam, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfüllen. Die Frage ist, ob es hier nicht inzwischen zu einer Zweck-Mittel-

Perversion gekommen ist? Welche Implikationen hätte es in der Praxis, wenn dieses Dienstverhältnis mehr gelebt würde?

- ▼ Patienten müssen so in ihrer Souveränität bestärkt werden, dass sie zusammen mit dem medizinischen Personal stärker in informierte Entscheidungen einbezogen werden können. Dafür gibt es gute Beispiele in anderen Ländern, beispielsweise in Dänemark oder den USA. Vor dem Hintergrund zunehmender chronischer Erkrankungen und einer älter werdenden Bevölkerung sollten auch die Angehörigen stärker einbezogen werden.
- ▼ Es gibt Möglichkeiten, wie Ärzte zu einem rationaleren Verfahren beitragen können, etwa über das Zweitmeinungsverfahren oder ein krankenhausinternes Peer-Review-Verfahren. Das Zweitmeinungsverfahren gibt den Patienten nicht im engeren Sinne mehr Souveränität. Es kommt auch darauf an, ob die Patienten es in Anspruch nehmen.

Individuelle Gesundheitsleistungen, Zweiter Gesundheitsmarkt

- ▼ Zur Frage „Wieweit bedrohen kommerzielle Angebote das Vertrauen der Patienten in die medizinische Versorgung?“: Hier ist zu unterscheiden zwischen IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen) und nicht verschreibungspflichtigen Produkten bzw. Fitness und Wellness (Zweiter Gesundheitsmarkt). Die Diskussion um Erstere fokussiert darauf, dass diese oft medizinisch nicht notwendig seien und dann abzulehnen sind.
- ▼ IGeL-Leistungen werden häufiger angeboten als nachgefragt. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten sich dadurch verunsichert fühlen. Bezüglich nicht-verschreibungspflichtiger Produkte und Wellness/Fitness-Angeboten ist die Wahrnehmung hier deutlich positiver: Was spricht dagegen, private Bedürfnisse in diesem Bereich auszuleben?
- ▼ Der Zweite Gesundheitsmarkt hat auch mit Patientensouveränität zu tun: Die IGeL-Leistungen könnten Teil des wachsenden Zweiten Gesundheitsmarktes sein, der zunehmend auch durch die Digitalisierung bestimmt werden wird.
- ▼ Das Problem der IGeL-Leistungen liegt an der Verknüpfung mit dem Ersten Gesundheitsmarkt. Das Problem könnte reduziert werden, wenn man sich über das institutionelle Arrangement verständigt.

Patientenorientiert entscheiden

- ▼ Wie schwierig es ist, Patienten institutionalisiert zu Wort kommen zu lassen, zeigen die Tumorkonferenzen. Dort beraten Fachleute über Behandlungen von Patienten und müssen in kurzer Zeit zu einer Meinung über einen Fall kommen; meist aufgrund von Laborbefunden oder bildgebenden Verfahren.

Der Patient als Individuum kommt dabei nicht vor, sondern nur eine Abbildung von ihm. Es sollte versucht werden, die Tumorkonferenzen zu erweitern, um Patienten mit einzubeziehen.

- ▼ Es gibt in Deutschland immer wieder Diskussion darüber, ob „informiert/evidenzbasiert“ oder „klug“ entscheiden einen Unterschied macht. In beiden Konzepten geht es aber explizit darum, auch Kontextfaktoren, wie die Situation des Patienten oder die Sorge um den Patienten, zu berücksichtigen und dies mit Evidenzen zu einem Verfahren generell in Verbindung zu bringen.⁷

Der mündige Patient und die Realität

- ▼ Ein wichtiger Punkt in der Ökonomie wenn es um Effizienz geht ist die Perspektive des Konsumenten. Effizienz ist dann gegeben, wenn ein Kunde erwerben kann, was er gerne haben möchte. Schwierigkeiten können jedoch auftreten, wenn Regulierungsentscheidungen des G-BA so ausfallen, dass Patienten das, was sie gerne haben möchten, nicht bekommen können. In Deutschland gibt es im Regulierungsverfahren nur den Fall, dass etwas in den Leistungskatalog übernommen wird oder nicht. Ein Beispiel: Beim AMNOG-Prozess über Diabetes-Medikamente wurden von 15 Medikamenten 6 so reguliert, dass sie vom Hersteller vom Markt genommen wurden. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass es unter den Diabetes-Patienten solche gibt, die gerne mit den vom Markt genommenen Medikamenten versorgt worden wäre – evtl. mit Unterstützung ihrer Ärzte. Im Sinne der Eigenverantwortung wären diese Patienten möglicherweise auch bereit, für diese Versorgung etwas zu bezahlen. Ähnlich wird es in Frankreich geregelt: Dort gibt es Regulierungsverfahren mit Zwischenkategorien mit Selbstbeteiligung der Patienten. Sollen also doch eher noch mehr Versorgungsangebote ohne Nachweis eines Nettonutzens über IGeL angeboten werden?
- ▼ Es wird viel vom mündigen Patienten gesprochen. Die Realität ist aber so, dass ein Patient oft schwer krank ist, so dass er seine Patientenrechte nicht ohne Hilfe wahrnehmen kann. Dann hat der Arzt die Rolle als Ermöglicher von Patientenrechten; er ist der Statthalter der Freiheit des Patienten. Der Patient kann seine Rechte oft nur mit Hilfe des Arztes wahrnehmen und durch diesen etwa im Rahmen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses seine Rechte ausüben. Der Gedanke der patientenorientierten Ökonomie ist am

⁷ Siehe dazu auch Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015): Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wird? Halle (Saale).

besten durch Ärzte realisierbar; Ärzte können dem Patienten am besten vermitteln, welche Leistungen in einer konkreten Situation sinnvoll sind oder nicht. Hinsichtlich des Themas der ärztlichen Überversorgung werden dazu aber auch konträre Einstellungen bekundet.

- ▼ Die gegenwärtig diskutierten Rollen von Patienten (siehe Impulsbeitrag) und die Idee des mündigen Patienten entsprechen nicht der Patientenrealität. Hier besteht eine Inkongruenz zwischen normativem Anspruch und Wirklichkeit. Wenn Patienten zur Verbesserung der Beziehung zwischen Medizin und Ökonomie beitragen können, dann müssen sie gesundheitskompetenter werden. Nur so können die beschriebenen Rollenbilder ausgefüllt werden.
- ▼ Die Frage, wie Patientenpräferenzen in Nutzen transferiert werden können, ist zentral. Ein Beispiel ist ein Arzneimittel, das eine orale Alternative zum bisher gespritzten Arzneimittel bietet. Dieses ist ein Nutzen, den das deutsche System nicht monetär bewerten wird: Verbesserte Einnahmebequemlichkeit ist kein Nutzen. Es gibt keine Möglichkeit, dass Patienten darauf Einfluss nehmen, selbst wenn sie bereit wären, für diesen Fortschritt zu zahlen.
- ▼ Die Aussage, dass Patienten zuerst kompetenter werden müssen bevor sie involviert werden, geht an der Realität vorbei. Das ist eine Forderung, die von außen an die Patienten herangetragen wird und sie in ihrer lebensweltlichen Situation nicht berücksichtigt. Es braucht Angebote, die auf die Situation der Patienten eingehen. Förderung der Kompetenz muss auf der Agenda sein, aber nicht als Forderung.

Sektion 4: Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum oder/und dem Patienten- kollektiv verpflichtet?

Impulsbeitrag Heiner Raspe

„Der Managed-Care-Ansatz der 90er Jahre war von Ökonomen erfunden und von Versicherungschefs mit MBA-Abschlüssen getrieben, hat aber die Ärzte fast wie Sklaven behandelt. Das war falsch. Managed Care klappt nur, wenn die Ärzte in den Fahrersitz gesetzt werden.“⁸

1. **Ökonomisierung** ist im Folgenden gemeint als ein marktgesellschaftlicher Prozess, in dem soziale Teilbereiche (wie die klinische Medizin, Sport, Kunst, Erziehung), die bisher nach eigener Logik gearbeitet haben, ökonomischer Begrifflichkeit, ökonomischen Modellen, Zielen und Handlungsweisen unterstellt werden. Dies berührt damit nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot der Gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Der „Konfrontation der beiden Systeme Ökonomie und Medizin“ (Ankündigungstext) liegt ein antagonistischer Widerspruch zugrunde. Allenfalls sind Kompromisse denkbar. Solche setzen jedoch **gleich starke Verhandlungspositionen** voraus. Diese sind aktuell nicht gegeben. Die indikationsbasierte Medizin ist in der Defensive.

3. Was ist und wie stellt man eine **Indikation**? In Indikationen verbinden Ärzte und andere Kliniker den klinischen Zustand eines Patienten mit der inneren Wahl einer Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode in Hinblick auf ein definiertes Behandlungsziel. Die Indikationsstellung bildet ein Zentrum klinisch-professionellen Handelns.

Ihre Qualität ergibt sich aus **drei Faktorenbündeln**: 1. der Wahrnehmung, dem Verständnis und der Bewertung der klinischen und psychosozialen Situation des Patienten, 2. aus der Vergegenwärtigung realistisch erreichbarer, legitimer und möglichst gemeinsam geteilter Ziele und 3. aus der Verfügung über evident wirksame, nützliche, sichere und ihrerseits wiederum legitime Heilmittel. In ihr

⁸ Vgl. U. Reinhardt (2014) in: Monitor Versorgungsforschung 2014, 7(2):8

verbinden sich – variabel und kaum auflösbar – Tatsachenwissen, Vermutungen, theoretische Kenntnisse, statistische Schätzungen und normative Erwägungen. In der Behandlung des Einzelfalls sind Singuläraussagen und der „allgemein anerkannte aktuelle Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2 Abs. 1 SGB V) zu verbinden – im angenommenen „besten Interesse“ des Patienten.

4. Die klinische Indikationsstellung folgt professionell erarbeiteten **Indikationsregeln**, wie sie heute in klinischen **Praxisleitlinien** formuliert und gewichtet werden – zur Zeit ohne wesentliche Berücksichtigung ökonomischer Implikationen und Ziele.

Eine zentrale Rolle spielt jedoch die jede Indikationsregel fundierende **Evidenz** aus evaluativer klinischer und Versorgungsforschung. Sie bildet mittlere Effekte größerer Patientenkollektive ab und erlaubt Aussagen zur generellen Wirksamkeit isolierter Verfahren. Es bedarf Wissen, Erfahrung und Urteilskraft, um das Problem eines konkreten Patienten rasch und sicher einer in aller Regel komplexen Evidenzlage zuzuordnen. Eine regelgestützte aber dennoch individualisierte Behandlungsplanung ist eine notwendige Bedingung eines erfolgreichen Versorgungsverlaufs.

5. Vor diesem Hintergrund ist die Indikationsstellung in der Klinik immer sowohl am einzelnen Patienten wie an einem **Patientenkollektiv** orientiert. Ihr klinisches Resultat hat zudem für spätere Patienten Bedeutung. Es ist das Wesen von Erfahrung, dass sie an einem Einzelfall hier und jetzt gemacht wird, aber meist erst nachfolgenden vergleichbaren Patienten zugutekommt. Dies gilt besonders dann, wenn die guten oder schlechten Erfahrungen veröffentlicht werden, einer wissenschaftlichen Prüfung standhalten und in die Weiterentwicklung der betreffenden Indikationsregeln eingehen.

6. Ob eine Indikation dann **realisiert** wird und mit welchem Erfolg, hängt zunächst vollständig von der Zustimmung und Mitwirkung des Patienten ab. Und für diese sind v.a. seine Ziele, Hoffnungen, Ängste, Vorerfahrungen, familiäre und nachbarliche Beratungen maßgebend – am wenigsten wohl die heute gern genannten „Präferenzen“. Der Begriff ist der Ökonomie entlehnt und bezeichnet ein Bündel von Annahmen, die Personen klare Alternativen in Hinblick auf ihren Nutzwert entscheiden lassen.

7. Alle für die Indikationsstellung relevanten Variablen und Urteile sind mit z.T. erheblichen **Unsicherheiten** behaftet. Alle sind z.T. raschen Veränderungen unterworfen. Oft sind individuelle arzt- und patientenseitige Kontexte zu beachten. Das Verständnis und die Mitarbeit der Patienten sind nicht immer ideal.

8. Es wundert daher nicht, dass **Indikationsregeln** aus guten medizinischen Gründen erweitert, verengt, sonst **modifiziert** oder aufgegeben werden können und müssen. Eine auf Gewinnmaximierung zielende betriebswirtschaftlich motivierte Modifikation steht im Widerspruch zu unseren professionellen Werten

und Normen und gefährdet das Vertrauen in die klinische Medizin und in die in ihr Handelnden.

9. Zusammengefasst erschweren die skizzierten Unsicherheiten die routinemäßige Beurteilung und mehr noch die **Messung** der Indikationsqualität. Für Einzelfälle dürfte wohl nur ein aufwendiges „Peer Review“ zu befriedigenden Ergebnissen führen.

Zur routinemäßigen Beurteilung komplexer therapeutischer Indikationen auf der Basis fallbezogener (validierter?) Sekundärdaten werden eindeutige Algorithmen nur selten zur Verfügung stehen. Hier und in weiteren Fällen sinnvoll sind angesichts aller Unsicherheiten Benchmarking-Verfahren auf der Basis vergleichbarer Patientenskollektive und mit Hilfe allein von Aggregatdaten und Referenzbereichen.

10. Eine enge Beziehung zwischen gestellter Indikation und erwünschtem **Behandlungsergebnis** ist vor allem dann zu erwarten, wenn ein deutlich wirksamer und unbedenklicher Indikator in guter Prozessqualität tatsächlich realisiert wird und nicht mit negativ interferierenden Faktoren zu rechnen ist. Jedoch wird auch eine weite Indikationsstellung unter Einschluss zunehmend gesünderer Patienten zu guten Ergebnissen, d.h. Pseudoerfolgen führen. Hier kommt es auf eine angemessene Risikoadjustierung an.

11. Will man eine Medizin, die die Indikationsstellung *lege artis medicinae* als zentrales Stellglied klinischen Handelns anerkennt, dann wird man ihre Bedeutung neu wahrnehmen, bekräftigen, schützen und an manchen Stellen auch aktiv zurückerobern müssen. Dabei befände man sich in völliger Übereinstimmung mit diversen rechtlichen Vorschriften.

12. Hier wartet eine ernste und dringende Aufgabe auf die Kliniker, ihre Aus-, Weiter- und Fortbildung, ihre Kammern und Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Ob sie angegangen wird? In Deutschland ist die internationale Diskussion um den **medical professionalism in the new millenium** nie in Gang gekommen. Die Bundesärztekammer hat sich geweigert, die entsprechende Charta nordamerikanischer und europäischer Fachverbände zu unterzeichnen.

Jedoch wird die Klinik, auch die Ärzteschaft ihr Terrain und ihre Logik nur von einer starken professionellen Position aus behaupten können. Anders ist sie nicht konflikt- und nicht kompromissfähig. Dies ist sicher ein „idealistischer“ Ansatz – aber Ansätze, die materielle Vorteile versprechen, wie z.B. *pay for performance*, werden die Ökonomisierung eher befördern; und sie werden die professionelle Identität, Würde und Widerstandsfähigkeit eher schwächen.

13. Die aktuellen **klinischen Praxisleitlinien** erscheinen als Kataloge von evidenzbasierten und/oder konsentierten Indikationsregeln. Sie beinhalten eine professionell abgestimmte Objektivierung und eine Bewertung sogenannte *Condition-Intervention-Pairs* (CIPs): die Objektivierung in der Feststellung der einen

Krankheitszustand und seine Behandlung verbindenden Regel, die Bewertung in der meist dreistufigen Stärke ihrer Empfehlung.

Die professionelle Position würde erheblich gestärkt werden, käme zur fachlichen noch eine weitere soziale Objektivierung und Bewertung hinzu.

Dies leistet die **Priorisierung**. Ihr Gegenstand sind (in Schweden und Oregon/USA) knapp formulierte Indikationsregeln in Form von CIPs, wie in unseren Praxisleitlinien (z.B. Vorhofflimmern bei höherem Schlaganfallrisiko – Gerinnungshemmung).

Ihre normative Kraft (die der Praxisleitlinien ist erschreckend gering) bezieht die Priorisierung jedoch aus einem gesamtgesellschaftlichen und politischen Prozess; er begann z.B. 1992 in Schweden mit einer Parlamentskommission und einer ethischen Debatte und führte über eine Gesetzesänderung zu einer breit akzeptierten Axiologie und Krieteriologie. Heute gibt es ein konsolidiertes Praxismodell. Ab 2004 werden Leitlinien für die Priorisierung von CIPs innerhalb enger Versorgungsbereiche (z.B. Versorgung Herzkranker, aktualisiert 2015) veröffentlicht. Die Bedeutung eines CIP wird mit Hilfe einer Numerischen Ratingskala (1 hoch – 10 niedrig) ausgedrückt (das genannte CIP: 2/10). Hier wird – in für mich idealer Weise – das erfüllt, was die Professionalismus-Charta als *medicine's contract with society* bezeichnete.

Denn in der Erarbeitung solcher „Prio-Leitlinien“ konvergieren die gesellschaftliche und die professionelle Perspektive. Ein Beispiel: Die Kriterien-Liste zur Bewertung eines CIPs wird vom aktuellen Schweregrad und der Prognose des Krankheitszustandes angeführt – entsprechend der klinischen Deontologie. Es folgen der Nettonutzen der zugeordneten Intervention und dann die Kosten pro zu erwartendem Effekt (die volkswirtschaftliche Perspektive; cf. § 35 b SGB V). Schließlich spielt die Evidenzlage zu jedem Kriterium eine Rolle (epistemisches Kriterium).

14. Damit unterscheidet sich dieses skandinavische Modell von jeder betriebswirtschaftlich motivierten Priorisierung (wie sie sich bei uns ausbreitet). Es unterscheidet sich auch von utilitaristischen Modellen angelsächsischer Prägung. Bei diesen geht es um die medizinisch erreichbare Maximierung der Gesamtsumme an Gesundheit, dort zuerst um die Sorge um schwer und prognostisch ungünstig Erkrankte – unter bewusster Inkaufnahme von Effizienzverlusten. Dahinter steht das ethische Prinzip einer „klinischen“ Solidarität: schwerkranke und gefährdete Patienten haben Vorrang in der Versorgung.

15. § 70 SGB V fordert eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung“ der GKV-Versicherten. Eine angemessene Indikationsstellung arbeitet der ersten Forderung zu. Um die zweite (Gleichmäßigkeit) im Rahmen immer begrenzter Ressourcen zu erfüllen, ist es unvermeidbar, sich intensiver mit den organisatorischen und finanziellen Konsequenzen von Indikationsregeln zu be-

schäftigen. Genau dies geschieht in Schweden, sogar mit einer Prognose der entsprechenden zukünftigen Entwicklungen.

Die Prio-Leitlinien dienen ausdrücklich der „Unterstützung der Führung und Lenkung“ bei der Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Sie richten sich also an Systemverantwortliche. Hohe Prioritäten sollen höhere Anteile ihrer Ressourcen bekommen, für niedrige kommt auch ein *disinvestment*, also eine Rationierung in Frage – gestützt auf gesellschaftlich verabredete Werte, Kriterien und Prioritäten.

Damit kann die mit dem Titel aufgegebene Frage beantwortet werden: Die klinische Indikationsstellung ist dem individuellen Patienten (und seinen Nachfolgern) verpflichtet – jedoch im Rahmen einer gesellschaftlichen Priorisierung, die sich Patientenkollektiven und begrenzten Ressourcen verpflichtet weiß.

Dabei ist Gleiches gleich zu behandeln. Dies wird von englischen Kostenträgern im National Health Service (NHS) so formuliert: Sie „*should [...]not agree to fund treatment for one patient which cannot be afforded for, or openly offered to, all patients with similar clinical circumstances and needs*“ (NHS Sandwell and West Birmingham CCG 2013).⁹

Diskussion

Ressourcenverteilung und Priorisierung

- ▼ Ressourcen sind nicht knapp aber endlich und begrenzt; die Sorge um finanzielle Stabilität der GKV spielt bei Ärzten keine Rolle; es wäre wichtig, diese Perspektive zu integrieren. Die Vermittlung von begrenzten Ressourcen wäre auch wichtig für die Ärzteausbildung.
- ▼ Das Verhältnis von Bedarfsgerechtigkeit und Gleichmäßigkeit ist zentral. Man kann im Einzelfall einer einzelnen Person eine besondere Behandlung zukommen lassen (Bedarfsgerechtigkeit), wenn die Mittel vorhanden sind. Allerdings wäre dies ein Verstoß gegen die Gleichmäßigkeit, wenn die Mittel nicht vorhanden sind, um alle Patienten, die in einer ähnlichen Situation sind, gleichermaßen zu berücksichtigen.
- ▼ Gleichmäßigkeit kann auch in regionaler Perspektive verstanden werden: dass die Verwirklichung der Indikation in allen Regionen gleichmäßig sein sollte. Die Gleichmäßigkeit kann nicht dem Wettbewerb überlassen werden. Entsprechend der *Inverse-Care-Laws* gehen die Leistungsanbieter bei einem

⁹ Core principle 10 in NHS Commissioning Board (2013): Commissioning Policy: Ethical framework for priority setting and resource allocation, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/cp-01.pdf> (Stand: 29.09.2016).

freien Markt eben nicht dorthin, wo der größte Bedarf und die größte Indikationsdichte herrschen. Sie gehen dorthin, wo das Geld ist.

- ▼ Kosten-Nutzen-Aspekte werden häufig vorschnell als Maximierungsdenken und Utilitarismus abgetan; wenn man sich die variablen Kosten-Nutzen-Grenzen in den Niederlanden ansieht, dann berücksichtigen sie beispielsweise die Krankheitsschwere, und darin kommt ein ärztliches Prinzip (schwer Kranke zuerst...) zum Ausdruck. Es gibt zudem überall Ausnahmeregelungen. Nicht jede Effizienzmaximierung ist dabei gleich utilitaristisch.
- ▼ Die Frage ist, wo sind die Grenzen von Solidarität? Es gibt eine Abwägung zwischen Einzelschicksalen und allgemeinen Ressourcen. In der konkreten Situation des Arzt-Patienten-Verhältnisses können gesellschaftliche Priorisierungsentscheidungen nicht getroffen werden. Diese müssen auf einer anderen Ebene stattfinden, der Arzt muss dann innerhalb der gesetzten Rahmenbedingungen frei handeln können.
- ▼ Wir brauchen eine gesellschaftliche Diskussion über Priorisierung, zunächst über die ethischen Implikationen und Verteilungskriterien und dann über die horizontale Priorisierung (im laufenden Betrieb). Beispiele dafür sind Schweden oder Oregon in den Vereinigten Staaten. In Schweden haben Ärzte circa 30 Minuten Zeit pro Patientenkontakt; ein Umstand, der maßgeblich zur Attraktivität des Standortes Schweden für Ärzte beiträgt.
- ▼ Priorisierung setzt sich zusammen aus einem Diskurs auf der Makro-Ebene, wo die Spielregeln definiert werden und der Diskussion von Fachleuten auf der unteren Ebene, die innerhalb der Rahmenbedingungen agieren. So geschieht es in verschiedenen Ländern, beispielsweise in Schweden: Voraussetzung ist ein gegebenes Budget und eine Kriterienliste. Auch in einem solchen System besteht die Freiheit, etwas zu machen, was nicht hochpriorisiert ist; allerdings muss diese Entscheidung im Einzelfall erläutert und öffentlich gemacht werden. Für solche Einzelfälle können in jedem System zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

Indikationsstellung und *pay for performance*

- ▼ Die Indikationsstellung, der Appell an die Ärzte, eine bessere Indikation zu stellen, ist nur bedingt dazu geeignet, die Kosten zu reduzieren, weil es ein unscharfer Bereich ist und man allenfalls grobe Abweichungen als falsche Indikationsstellung bewerten und sanktionieren kann. Die Indikationsstellung hat generell etwas unscharfes, weshalb sie auch erweitert und verengt werden kann, auch unter Ressourcengesichtspunkten.
- ▼ Die im Vortrag formulierte These, dass eine auf Gewinnmaximierung zielende betriebswirtschaftlich motivierte Modifikation von Indikationsregeln das Ver-

trauen in die Medizin gefährdet, legt die Vermutung nahe, die Ursache einiger der genannten problematischen Entwicklungen ist die Gewinnmaximierung. Aber haben viele Krankenhäuser nicht oftmals eher das Problem, verzweifelt versuchen zu müssen, ihre Verluste zu minimieren? Die Frage stellt sich also, wo das Problem liegt und welche politischen Forderungen sich entsprechend daraus ableiten lassen: Ist das Problem die Privatisierung, oder sind es die Investitionsaufgaben der Länder?

- ▼ Zu Beginn wurde die Evidenzbasierte Medizin (EbM) eher kritisch betrachtet und als mögliche De-Professionalisierung gesehen, mittlerweile gilt sie eher als Re-Professionalisierung. Eine solche Re-Professionalisierung der Medizin könnte vielleicht auch ein Ansatz sein für ihr Verhältnis zur Ökonomie.
- ▼ Zur These 12 des Vortrags, *pay for performance* (PfP) schwäche die Medizin: Hängt dies nicht von der Definition von Performance ab? Mit PfP, die auf die Qualität zielt, gibt es empirische Erfahrungen in verschiedenen Ländern. Die Incentive-Struktur ähnelt der der DRGs. Was ist jedoch, wenn es für bestimmte Maßnahmen kein Geld gibt? Bei PfP wird eine Verbindung zwischen professioneller Leistung und Geld hergestellt, die so nicht sinnvoll ist: Ärztliches Handeln sollte entsprechend des Berufsethos erfolgen, nicht allein aufgrund finanzieller Anreize.
- ▼ Mit Blick auf die Patientensicherheit bleibt die Frage, ob man für schlechte Leistung gar nicht mehr bezahlen soll. In den USA kann man z.B. die Kosten für Infektionen, die im Krankenhaus erworben wurden, nicht der Krankenversicherung in Rechnung stellen; es geht sogar so weit, dass Chirurgen, die sich nicht die Hände desinfizieren ein Berufsverbot erhalten. Hinzu kommt: Warum wird es für moralisch verwerflich betrachtet, für besonders gute Leistungen mehr zu bezahlen? Es gibt allerdings auch bereits negative Entwicklungen, wenn beispielsweise allein aufgrund der finanziellen Anreize in einer Klinik Behandlungen durchgeführt werden, für die kaum Erfahrungswissen vorliegt. Das PfP-Prinzip kann schaden, kann aber auch zum Nutzen eingesetzt werden, es gibt einen Gestaltungsspielraum.

Zum Präferenzbegriff und dem Begriff der Ökonomie

- ▼ Präferenzen drücken sich in Prioritäten aus, aber nach Deliberation im Laufe eines langen Prozesses (in Gesprächen etc.). In Deutschland wird jedoch häufig unterstellt, dass Patienten, wenn sie zum Arzt kommen, bereits über vollständige Präferenzen verfügen; diese bilden sich aber erst heraus, sie sind nicht einfach abrufbar.
- ▼ Der Begriff der Präferenz hat einen festen, eindeutigen und unangreifbaren Platz in der philosophischen Entscheidungstheorie, in der Rationalitätstheo-

rie, in der Ethik, der Autonomietheorie oder der Theorie des guten Lebens. Er meint: Wünsche, Wertvorstellungen, höherstufige Präferenzen. Die Aussage, dass Patienten bereits über Präferenzen verfügen, statt von Ärzten dahin gebracht zu werden, robuste Präferenzen zu entwickeln, hat nichts mit der begrifflichen Frage zu tun. Also: Wer den Begriff verwendet, ist nicht gleich ein „heimlicher Ökonomisierer“.

- ▼ Zum Begriff der Ökonomisierung in den Thesen. Der Begriff ist klar negativ definiert: Ökonomisierung ist übergriffig, die Medizin gibt ihre eigene Logik auf und an die Stelle werden Modelle und Logiken der Ökonomie gesetzt. Andere Beiträge (siehe Beitrag von Strech in Sektion 2) versuchen, den Begriff neutral zu definieren; dieses Ansinnen birgt die Gefahr, missverstanden zu werden.
- ▼ Die Fachgesellschaften betreiben auch eine Art Ökonomisierung der Medizin, in dem sie Mittel für ihre eigenen spezifischen Belange verlangen, die mitunter an anderen Stellen ebenso gut, wenn nicht besser eingesetzt werden könnten. Wie geht man mit solchen Forderungen einzelner Fachgesellschaften um?

Sektion 5: Vergütungssysteme im Spannungsverhältnis zur Ausrichtung der Medizin

Impulsbeitrag Jürgen Wasem

Ausgangssituation und Ziele von Vergütungssystemen

Die Untersuchung von Vergütungssystemen ist ein zentraler Bereich der Gesundheitsökonomie, sowohl analytisch als auch empirisch. Vergütungssysteme existieren überhaupt erst, weil es im Gesundheitssystem keinen freien Markt für die Erbringung von Leistungen gibt. Die Ziele von Vergütungssystemen sind:

- ▼ Anreize zu wirtschaftlicher Leistungserbringung
- ▼ Anreize zur Qualität
- ▼ Anreize zur Orientierung der Leistungserbringung an gesundheitspolitischen Zielvorstellungen
- ▼ Anreize zur Implementierung von medizinischem Fortschritt
- ▼ Anreize zur Behandlung (i) aller Patienten und dies (ii) entsprechend ihrer Bedarfe
- ▼ Transparenz für Leistungserbringer (und Finanzierer)
- ▼ Leistungsgerechte Vergütung

Zwischen diesen Zielen bestehen **Zielkonflikte**, für deren Auflösung normative Entscheidungen notwendig sind. Die wesentliche Konsequenz aus den Zielkonflikten ist die **Existenz von Misch-Systemen**; sowohl aus theoretisch-konzeptioneller Sicht als auch in der empirischen Realität zur Abschwächung unerwünschter Anreize. Zur Illustration werden im Folgenden die Spannungsverhältnisse in unterschiedlichen Misch-Systemen exemplarisch und vereinfacht dargestellt.

Spannungsverhältnisse in Vergütungssystemen

Fall 1 – Vergütung durch sehr differenziertes, reines Einzelleistungssystem ähnlich der Gebührenverordnung für Ärzte in der PKV: In diesem System gibt es einen starken Anreiz, die innerbetrieblichen Kosten pro Leistungseinheit zu senken und zu rationalisieren. Ebenso sind die Anreize hoch, die Mengen auch über das

medizinisch Sinnvolle/Nützliche hinaus auszuweiten und insoweit die Ausgaben für Kostenträger zu erhöhen. Demgegenüber gibt es in diesem System keine Anreize, schwerkranke Patienten möglichst nicht zu behandeln (gegebenenfalls umgekehrt), die explizite Qualität zu verbessern, oder Patienten dort zu behandeln, wo es für sie sinnvoll ist und die Behandlungen sektorübergreifend „anzulegen“. Je nach Kalkulation gibt es starke Anreize, kostenintensiven medizinischen Fortschritt zu implementieren. Zusammenfassend ist festzustellen, dass es sowohl positive Anreize wie auch Fehlanreize gibt. Möglicherweise kann ein Wettbewerb der Leistungserbringer Teile der Fehlanreize begrenzen.

Fall 2 – undifferenziertes, reines System von anlass- oder periodenbezogenen Fallpauschalen: In einem solchen System ist jeder Patient ein „Fall“, für den es eine undifferenzierte Pauschale gibt. Wie im vorherigen Fall besteht hier ein starker Anreiz, die innerbetrieblichen Kosten zu senken und zu rationalisieren. In allen anderen Punkten sind die Anreize denen des ersten Falls entgegengesetzt: Es gibt starke Anreize, die Menge der Einzelleistungen (auch unter das medizinisch Notwendige) einzuschränken, schwerkranke Patienten möglichst nicht zu behandeln und Patienten möglichst rasch in andere Behandlungssettings zu überweisen. Es bestehen partielle Anreize zur Qualität – sofern sie die innerbetrieblichen Kosten je Fall (mittelfristig) senken. Es bestehen ferner begrenzte Anreize, kostenintensiven medizinischen Fortschritt zu implementieren und zwar dort, wo er mittelfristig die innerbetrieblichen Kosten je Fall senkt. Auch ist es möglich, dass ein Wettbewerb der Leistungserbringer ggfs. Teile der Fehlanreize begrenzt.

Fall 3 – Bonus für prozessbezogene Qualitätsparameter zusätzlich zu undifferenzierten Fallpauschalen: Ein Qualitätsparameter ist hier beispielsweise das Erreichen eines kompletten Impfzyklus bei Patienten. Je nach Ausmaß des Bonus gibt es Anreize, Prozesse auf das Erreichen des Bonus auszurichten, d.h. die Praxen bzw. Krankenhäuser stellen sich darauf ein, diesen zu erreichen. In diesem Fall gibt es verringerte Anreize, Patienten zu behandeln, die nicht zur Erreichung des Bonus beitragen. Gegebenenfalls bestehen verringerte Anreize, Patienten in die für sie geeigneten Behandlungssettings zu überweisen. Die Detailausgestaltung des Bonus bestimmt ferner die Wirkungen auf die Qualität jenseits der incentivierten Dimension und die Implementierung von medizinischem Fortschritt von Detailausgestaltung.

Das **Vergütungssystem für das Krankenhaussystem** in Deutschland ist durch verschiedene Eigenschaften gekennzeichnet: Es handelt sich um ein flexibel vereinbartes Erlösbudget mit prospektivem Mehrleistungsabschlag und retrospektiven Mengen-Erlösausgleichsregelungen. Die Krankenhäuser müssen sich dieses Erlösbudget „verdienen“ durch ein lineares System diagnosebezogener Fallpauschalen, wobei es weitere Kostentrenner als die reine Diagnose gibt, wie

beispielsweise ein starker Anteil an Prozeduren: Bei Einführung des DRG-Systems 2003 gab es 650 Fallpauschalen, jetzt (Anfang 2016) sind es 1.150. Der Anstieg der Fallpauschalen ist fast ausschließlich auf Prozeduren zurückzuführen. Weitere Kennzeichen sind die Fallzusammenführung bei Wiedereinweisung binnen 30 Tagen sowie bundeseinheitliche Relativgewichte und eine bundeslandweite Festsetzung des Niveaus der Fallpauschalen. In der Zusammenfassung handelt es sich um ein sehr komplexes und kunstvoll verwobenes Mischsystem aus Einzelleistungs- und Fallpauschalen mit einem Malus für bestimmte Qualitätsmängel. Dadurch gibt es **gemischte Anreizwirkungen**.

Dasselbe gilt im Kern für die **niedergelassenen Ärzte**. Der Prototyp des Vergütungssystems auf der Einzelarztebene ist wie folgt¹⁰: Hier haben wir kein vereinbartes Erlösbudget sondern ein algorithmisches, retrospektiv orientiertes Erlösbudget (d.h., die Fallzahlen des letzten Jahres bestimmen das Erlösbudget des laufenden Jahres) mit starkem Mengen-Mehrerlös-Abschlag. Wie beim Krankenhaus, müssen auch niedergelassene Ärzte sich dieses Budget durch erbrachte Leistungen „verdienen“ in einem Mischsystem aus Fall- und Komplexpauschalen sowie Einzelleistungen (bis zur Budgetgrenze). Darüber hinaus gibt es ebenso bundeseinheitliche Relativgewichte sowie bundeslandspezifische (faktisch: bundesorientierte) Festsetzung des Punktwertes.

Medizinisch-technischer Fortschritt und Vergütungssysteme

Wie sind medizinisch-technische Fortschritte in diesem System einzuordnen? Grundsätzlich besteht eine Offenheit für medizinisch-technischen Fortschritt durch die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Allerdings geht kostensteigernder medizinischer Fortschritt zunächst zulasten der Deckungsbeiträge der Krankenhäuser. Mechanismen zur Finanzierung von kostensteigerndem medizinisch-technischem Fortschritt sind im sogenannten **NUB-Verfahren** (NUB – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) implementiert. Darüber werden zahlreiche Innovationen finanziert – aktuell sind es gut 120 NUBs, eine Reihe von früheren NUBs ist inzwischen im DRG-System aufgegangen. Gleichwohl gilt das NUB-System aus Krankenhaus- und Industrie-Sicht als rigide, intransparent und fortschrittsfeindlich, denn: Neben den 100 NUBs, die im letzten Jahr im DRG-System bewilligt wurden, gibt es 450 nicht bewilligte.

Das System, in dem niedergelassene Ärzte tätig sind, ist aufgrund des Erlaubnisvorbehalts eher fortschrittsfeindlicher. Innovationen benötigen vor Aufnahme in Leistungskatalog und Vergütung regelhaft eine Nutzenbewertung. Der bestehende Mechanismus zur Implementierung der Vergütung für kostenstei-

¹⁰ Die Darstellung ist vereinfachend und trifft so auf keine der 16 Kassenärztlichen Vereinigungen zu, die relativ weitgehende Gestaltungsfreiräume haben.

gernden medizinisch-technischen Fortschritt ist zäh und eher intransparent. Der Gesetzgeber ist bemüht, die Prozesse zu beschleunigen und transparenter zu gestalten, die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

Qualität und Vergütungssysteme

Mit der **Fall-Zusammenführungs-Regelung** im Krankenhaus wird Qualität adressiert: Wenn ein Patient innerhalb eines Monats wieder eingeliefert wird, gibt es keinen neu zu vergütenden Fall. Jenseits dieses Systems gibt es bislang keine explizite Adressierung von Qualität durch das Krankenhausvergütungssystem. Insgesamt gibt es **ambivalente Anreize durch das DRG-System mit Blick auf die Qualität**. Beispielsweise gibt es an vielen Stellen im DRG-System eine gleiche Vergütung für die Verwendung von Medizinprodukten unterschiedlicher Qualität. Die Politik will sich aufmachen, Qualitätsindikatoren zu bestimmen, entlang derer Zu- oder Abschläge bezahlt werden (s. Krankenhausstrukturgesetz).

Im niedergelassenen Bereich gibt es im Kollektivsystem keine Adressierung von Qualität, teilweise ist diese jedoch in Selektivverträgen implementiert. Die Gebührenordnung setzt ambivalente Anreize, etwa indem die Verwendung von diagnostischen Geräten unterschiedlicher Qualität gleich vergütet wird.

Fazit

Die Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitssystem sind stark durch gesundheitsökonomische Analysen beeinflusst. Das deutsche System ist erkennbar von der Absicht geprägt, durch Mischsysteme zu starke Ausschläge in die eine oder andere Richtung zu vermeiden: Es besteht ein **permanentes Spannungsverhältnis**, etwa zwischen Unter- und Überversorgung oder Mengeneinschränkung und Mengenausweitung. Das System ist ein lernendes System, weil man versucht, die Nachteile auszubalancieren. Eine Konsequenz des ständigen Ausbalancierens ist, dass wir das System häufig modifizieren – mit ambivalenten Wirkungen: Zum einen handelt es sich bei den Anpassungen um Reaktionen auf Fehlanreize, zum anderen um politisches Kalkül. Ein Nachteil dieser häufigen Modifizierung ist, dass es keine Verlässlichkeit gibt. Auch das ist ambivalent.

Diskussion

Modifikation oder Weiterentwicklung des Vergütungssystems?

- ▼ Die Vergütungssysteme unterhöheln den ärztlichen Auftrag und das gesamte System. Wären DRGs ein Medikament, müssten sie sofort vom Markt genommen werden, da es deutlich mehr Nebenwirkungen als Wirkungen hat. Allerdings hat jede andere Ausgestaltung des Gesundheitssystems auch Nebenwirkungen, nur andere. Es ist eine Illusion zu meinen, dass die Einzelleis-

tungsvergütung das bessere System wäre. Jedes Vergütungssystem bewirkt asymmetrische Informationen an verschiedenen Stellen. Die Diskussion sollte eher darüber geführt werden, welche Nachteile eher zu akzeptieren sind als andere. Wir brauchen eine normative Auflösung der Zielkonflikte.

- ▼ Es besteht ein fundamentaler Unterschied darin, ob ein Arzt aufgrund des Abrechnungssystems unnötigen Maßnahmen durchführt, oder Patienten – wie beim System Tagesgleicher Pflegesätze – über das Wochenende bleiben. Beides ist medizinisch nicht indiziert, aber Schadenspotenzial ist im ersteren Fall deutlich höher.
- ▼ Vergleicht man die Einführung des DRG-Systems mit dem vor 2003 geltenden System der Tagesgleichen Pflegesätze, dann hat letzteres sehr viele Fehlallokationen hervorgerufen; auch im Vergleich zum europäischen Ausland. Die Einführung der DRGs war ein sinnvoller Wechsel, vor allem auch, weil es sich um ein lernendes System handelt. Allerdings werden die besonderen universitären Belange nicht berücksichtigt; anders als in anderen europäischen Ländern. Das System an sich hat mehr Transparenz und Leistungsbezüge hervorgebracht.
- ▼ Vergütungssysteme sind komplexe Mechanismen, deren Komplexität erst in den letzten Jahren durch das Entstehen der Mischsysteme angestiegen ist. Es sollte mehr wertgeschätzt werden, dass die Evaluation solch komplexer Systeme nicht im Vorhinein erfolgen kann, sondern erst nach der Implementierung. Gleiches gilt für das Einbringen von Qualitätsaspekten in die Vergütung. Erfahrungen aus anderen Ländern und entsprechende Literatur zeigen, dass die Ergebnisse unterschiedlich sind. Das spricht dafür, nicht eine Lösung als Ideallösung auszurollen, sondern an verschiedenen Orten Experimente durchzuführen, die dann evaluiert werden. Über die Wirkungen von Vergütungssystemen auf Mengen und Kosten lassen sich gesicherte Aussagen treffen, bei Qualität trifft das nicht zu.
- ▼ Der Status quo könnte ein anderer sein in Skandinavien oder England, wo es andere Finanzierungssysteme gibt. Sind die Vergütungsstrukturen in einem steuerfinanzierten System besser oder schlechter als in einem beitragsfinanzierten System? Die Frage ist für die Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft zunächst nicht relevant, allerdings besteht in den staatlichen finanzierten Systemen wie Schweden eine größere Gemeinwohlorientierung und ein anderes Verständnis von Solidarität.
- ▼ Viele Ärzte erfahren seit Einführung des DRG-Systems, dass medizinische Entscheidungen zunehmend vor dem Hintergrund von Fallpauschalen getroffen werden. Das untergräbt das ärztliche Ethos und sende das falsche Signal für

die nachwachsende Ärztegeneration. Allerdings: Die Ursache dieses Problems ist nicht das DRG-System, sondern die empfundene und reale Ressourcenknappheit im existierenden Vergütungssystem. Der Druck entsteht maßgeblich durch den mangelnden Willen der Politik, die steigenden Kosten, die durch den medizinisch-technischen Fortschritt und den demografischen Wandel entstehen, adäquat zu erstatten. Der ökonomische Druck wäre nicht anders beim System der Tagesgleichen Pflegesätze. Deshalb lautet die Forderung, das DRG-System weiter auszudifferenzieren.

- ▼ Das Mischsystem scheint für den ambulanten Bereich das richtige System zu sein, allerdings ist es bezüglich Innovationen sehr rigide.

Zum Problem der fehlenden Investitionen

- ▼ Ein wesentliches Problem im System ist die Höhe der Basis-Rate. Diese und die jährlichen Wachstumsraten sind so kalkuliert, dass Tarifsteigerungen nur zu gut 50 Prozent ausfinanziert sind, auch bei privaten Trägern. Eine Lösung der Investitionsfinanzierung könnte ein Investitionszuschlag auf die DRGs sein. In der Schweiz gibt es einen Zuschlag von 10 Prozent auf die DRG. In Deutschland wären schon 4 Prozent hilfreich.
- ▼ Welches wären die drei drängendsten Änderungen am System oder sollte man gar einen Systemwechsel wagen? Erstens, sollte die Reformhäufigkeit reduziert werden. Zweitens, sollte das Problem der Investitionen im Krankenhaus gelöst werden. Der eigentliche Treiber der Probleme ist nicht das DRG-System, sondern die Tatsache, dass die Krankenhäuser unter den Bedingungen fehlender Mittel für Investitionen gezwungen werden, das DRG-System zu optimieren: Von den 6 Milliarden €, die 2014 investiert wurden, kommen nur 3 Milliarden € von den Ländern. Die restlichen 3 Milliarden € stammen aus dem DRG-System; dafür ist es allerdings nicht gedacht. Viele der potenziellen Nachteile des DRG-Systems werden so groß, weil das Problem an einer ganz anderen Stelle liegt. Drittens, sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, dass nicht über das DRG-System optimiert werden muss. Das bedeutet, das Vergütungssystem entsprechend der gesellschaftlichen Präferenz auszurichten.
- ▼ Im Krankenhausplan stehen sowohl Krankenhäuser in öffentlicher, privater und frei-gemeinnütziger Trägerschaft. Nur ein kleiner Teil von Krankenhäusern (circa 5-10 Prozent) stehen nicht im Krankenhausplan. Unabhängig von der Trägerschaft haben alle Krankenhäuser im Versorgungsplan Anspruch auf Investitionen. Dieses würde aber bedeuten, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft in Bezug auf Investitionen noch zusätzlich „bezuschusst“ wer-

den, wenn sie denselben Bedingungen wie Krankenhäuser in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft unterliegen.

- ▼ Die Frage ist, warum viele Häuser in privater Trägerschaft Gewinne machen und andere nicht. Ein wesentlicher Grund ist, dass öffentlich-rechtliche Häuser viel zu lange in einer Führungsstruktur waren, in der sie nicht unternehmerisch entscheiden konnten und aufgrund des Investitionsstaus nicht in rationale Prozesse kommen konnten – wenn man alte Gebäude betreibt kann man nicht wirtschaftlich arbeiten.

Mehr Geld in das System? Weniger Markt? Stärkere Vernetzung?

- ▼ Ziel darf es nicht sein, die Krankenhäuser generell mit mehr Geld auszustatten. Es gibt einerseits das Individuum mit seinen Präferenzen und der Indikation und andererseits die Gesellschaft mit der GKV, die den Rahmen setzen muss und die Gesamtzahl der Krankenhäuser definieren muss: Wir leisten uns eine Überversorgung, innerhalb derer die einzelnen Akteure nicht über genügend Geld verfügen. Die Alternativen sind: entweder den Akteuren mehr Geld zu geben, mit dem Ergebnis, dass die Überversorgung steigt. Oder man reduziert die Überversorgung bei vorhandenen Mitteln. Eine Möglichkeit dazu wäre es, die Zahl der Krankenhäuser zu reduzieren.
- ▼ In der medizinischen Versorgung gibt es die Vorstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, die sich in der Bedarfsplanung niederschlägt. Was bleibt dann noch für den Markt? Es besteht ein unauflöslicher Widerspruch zwischen einem durchgeplanten System und einem System, das völlig dem Markt überlassen ist.
- ▼ Der Gesetzgeber hat Bedarf nach Mischformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ein Beispiel sind die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Momentan werden MVZs wie niedergelassene Ärzte behandelt, unabhängig von ihrer Verfassung. Das grundlegendere Thema im Kontext der MVZ ist jedoch: Der Gesetzgeber hat in den letzten 25 Jahren eine Fülle von Formen ambulanter Versorgung im Krankenhaus geschaffen, weil er davon ausging, dass niedergelassene Ärzte alleine den komplexen Problemen nicht mehr gerecht werden. Es gibt heute über 20 Mischformen, die allerdings nicht einheitlich geregelt sind und unsystematisch eingerichtet wurden: Es ist beispielsweise nicht einheitlich geregelt, wo die geschaffenen Kapazitäten planerisch berücksichtigt werden: beim Krankenhaus, bei der ambulanten Versorgung oder gar nicht? Weiterhin müssten angesichts der Wachstumsraten Spielregeln aufgestellt werden, etwa zu den Rahmenbedingungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

- ▼ Es wird bei der Weiterentwicklung des Systems zukünftig mehr um Systemqualität gehen müssen und um die Finanzierung von Versorgungssystemen: mehrere Versorger werden sich ein System aufteilen. Die Versorgung wird vernetzt sein.

Schlussdiskussion

Vorbemerkung: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Symposiums wurden gebeten, jeweils die für sie wesentlichen Aspekte sowie Ansatzpunkte für Veränderungen zu nennen.

1.1 Zum Verhältnis Medizin und Ökonomie: Definitionen, Aushandlungsprozesse

- Die Begriffe „Ökonomie“ und „Ökonomisierung“ sind in der Debatte nicht klar definiert.
- Das Bild von der Konfrontation zweier eigener Systeme, nämlich Medizin und Ökonomie, ist falsch. Auch in der Öffentlichkeit sollte deutlich gemacht werden: Im Gesundheitssystem stehen Medizin und Ökonomie nicht gleichberechtigt nebeneinander, sondern die Gesundheitsökonomie hat die Aufgabe, den Zielen der Medizin zu dienen.
- Um dem Antagonismus zwischen den Welten Medizin und Ökonomie zu begegnen, sollte die Professionalität der medizinischen Berufe weiterentwickelt werden¹¹. Auch eine Priorisierung von medizinischen Maßnahmen und die Evaluation neuer Maßnahmen könnten helfen, um Konflikte zu entschärfen.
- Der Begriff des „Aushandlungsprozesses“ zwischen Medizin und Ökonomie impliziert eine Augenhöhe zwischen beiden Professionen. Daher sollte es nicht um „Dienstverhältnisse“ gehen sondern um die Frage, wie die jeweiligen Referenzsysteme zusammenkommen können, um an der gemeinsam gestellten Aufgabe der Nachhaltigkeit, Innovationsfähigkeit und Steuerung des Gesundheitswesens zu arbeiten. Eine Möglichkeit hierzu wären gemeinsame Projekte, gemischte Professionsteams etc., auch bereits in den jeweiligen Ausbildungen.

¹¹ Vgl. beispielsweise Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. (2002). *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>. Diese Charta ist allerdings nicht vollständig und müsste überarbeitet und angepasst werden.

- Es sollte das Prinzip der gemeinsamen Verantwortung von Politik, Ökonomie und Medizin gestärkt werden.

1.2 Verteilungsfragen/Priorisierung

- Es ist die Aufgabe der Politik, Regeln für den Umgang mit Knappheit aufzustellen. Hierzu bedarf es transparenter Zuordnungsregeln. Bedürftigkeit und Nutzen sind dabei wichtige Kriterien. Darüber hinaus müssen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit Berücksichtigung finden.
- Überlegenswert wäre eine Priorisierung in Form einer Selbstbeteiligung in Abhängigkeit der Priorität, wie es international zum Teil praktiziert wird.
- Sinnvoll wären Variationen des Standardleistungskatalogs: Das Versorgungsmanagement (Disease-Management) insbesondere bei chronischen Erkrankungen ist zu statisch, hier müssten Variationen möglich sein. Darüber hinaus sollten Patienten individuelle Ausweichmöglichkeiten von den Gremienentscheidungen gegeben werden, und – zu höheren Selbstbeteiligungsätzen – Zugänge zu Leistungen gewährt werden.
- Die wahrgenommene und in Teilen tatsächliche Mittelknappheit im Gesundheitssystem steht im Widerspruch zu der vorhandenen großen Menge finanzieller Mittel. Es können nicht stetig mehr Mittel in das System eingebracht werden. Das eigentliche Problem liegt in der Verteilung und in den vorhandenen Überkapazitäten. Sinnvoll wäre eine Konzentration der Mittel auf essentiell große Kliniken und Praxen und einen Kapazitätsabbau durch die Schließung ganzer Häuser, nicht allein durch Bettenabbau.
- Es gibt sowohl Missstände im Bereich der Finanzierung – beispielsweise einen Innovationsstau im ambulanten Bereich (Beispiel Augenheilkunde) – als auch ein gravierendes Verteilungsproblem.
- Die übergeordnete Frage lautet: Was wollen wir in der Gesellschaft? Wenn mehrheitlich gewünscht wird, dass wir die beste Qualität in der Gesundheitsversorgung haben wollen, kann das eine Erhöhung der Mittel in diesem Sektor zur Folge haben. Dieses wäre aber eine bewusste Entscheidung und etwas anderes, als Unter-, Fehl- und Überversorgung billigend in Kauf zu nehmen.

1.3 Die Strukturen des Gesundheitssystems und die Aufgaben der Politik

- Das Gesundheitswesen ist ein hoheitlicher Aufgabenbereich des Staates. Bei aller Trägervielfalt ist dies nicht unter dem Diktat von Aktionären zu gewährleisten; vielmehr sollte ein Non-Profit-Ansatz verfolgt und Gewinne reinvestiert werden. In einem solchen System würden Partialinteressen eine deutlich geringere Rolle spielen.
- Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Teil der Daseinsvorsorge und es braucht deshalb auch eine hoheitliche Steuerung der Angebotsstrukturen, der Quantitäten und Qualitäten; die zu vielen Freiheitsgrade in Deutschland führen zu wenig und häufig schlechten Leistungen.
- Es ist Vorsicht geboten, auf eine größere hoheitliche Steuerung zu setzen, auch dies bringt Probleme und Konfliktlinien.
- Sinnvoll wäre eine Regionalisierung von Gesundheitspolitik, in deren Rahmen z.B. 10 Prozent des GKV-Budgets den § 90a-Gremien in den Ländern zur Verfügung gestellt wird.
- Aus Patientensicht ist das Versorgungssystem in Deutschland in der Regel gut, daher wäre bei den verschiedenen angedachten Veränderungen zu sehen, was diese jeweils für die Patienten bedeuten.
- Die zentralen Ziele des Gesundheitssystems müssen in den Strukturen des Systems gespiegelt werden; mit dieser „Brille“ sollten eine zentrale Krankenhausplanung und die Einbeziehung von Qualitätskriterien erfolgen. Bei einer solchen Zentralisierung von Versorgung sind die Zugangsmöglichkeiten zu beachten; aber die Erfahrung zeigt, dass Patienten oftmals bereit sind, für schwere Eingriffe auch weiter zu reisen.
- Es sollte stärker mit verschiedenen Mischsystemen – auch in rechtlicher Hinsicht – kreativ experimentiert werden und nicht an den derzeitigen, historisch gewachsenen Strukturen festgehalten werden. Beispielsweise würde es sich lohnen, mit Festgehältern für Ärzte zu experimentieren.
- Eine systemische Betrachtung des Gesundheitssystems – gerade auch von politischer Seite – ist notwendig, es sollten nicht nur Teilbereiche in den Blick genommen werden.
- Eine stärkere Integration von stationärem und ambulantem Sektor sowie von Prävention und Rehabilitation wäre sinnvoll.

- Sinnvoll wäre die Reform des DRG-Systems, so dass nicht das gesamte Budget eines Krankenhauses hierüber generiert wird.

1.4 Gesundheitswirtschaft – ökonomisches Denken – Kosteneffektivität

- Es sollte grundsätzlich eine Kosten-Nutzen-Analyse von Maßnahmen erfolgen, die neu in das System kommen und in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen. Zentrale Gesichtspunkte sind Kosteneffektivität und die Frage, ob die jeweilige Maßnahme im Sinne des Patienten notwendig ist. Dies birgt auch Einsparungspotential.
- In der ärztlichen Profession – und in der Ausbildung – sollte das Problembewusstsein für gute und valide Studiendaten gestärkt werden.
- Die Gesundheitswirtschaft stellt vielfach die Voraussetzungen für das Tun von Medizinern zur Verfügung, dies sollte auch entsprechend bewusst gemacht werden. Zudem ist sie ein wichtiger Zweig unserer Gesamtwirtschaft.
- Die Ärzteschaft sollte ökonomisch stärker sensibilisiert werden, um eine zunehmende Fremdbestimmung zu vermeiden.
- Das öffentliche Problembewusstsein für Überversorgung aber auch die gesellschaftliche Gesundheitskompetenz sollten gestärkt werden, um die verschiedenen Aspekte besser beurteilen zu können.

1.5 Qualitätswettbewerb und Transparenz

- Wettbewerb sollte nur in Bezug auf Qualitätsaspekte stattfinden.
- Wenn ein Wettbewerb stattfinden soll, dann sollte sich dieser an patientenorientierten Endpunkten orientieren.
- Das Prinzip von Mindestpatientenzahlen als Voraussetzung für eine Behandlungserlaubnis und die entsprechenden Vergütungen sollte konsequent umgesetzt werden, vor allem in operativen Fächern, aber beispielsweise auch bei der Behandlung von Schlaganfällen oder Herzinfarkten. Die Qualität muss im Mittelpunkt stehen, damit würde sich vielleicht auch der Überschuss an Betten zumindest partiell reduzieren lassen.
- Incentives sollten Wettbewerbsmotoren bleiben, aber im Sinne der Qualitätsverbesserung, Innovationsfähigkeit und Flexibilität des Systems, vor al-

lem auch in den Bereichen, die die Patienten sehr hoch gewichten, beispielsweise der Kommunikation.

- Derzeit haben wir eine völlig mangelnde Transparenz auf den verschiedenen Ebenen, vor allem auch aufgrund der schlechten Digitalisierung; diese Transparenz brauchen wir als Entscheidungsgrundlage. Die Datenlage muss sich verbessern.

Teilnehmer des Symposiums

Vorbereitungsgruppe

Reinhard Busse, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Detlev Ganten ML, Stiftung Charité, Sprecher der WK Gesundheit

Stefan Huster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie, Ruhr-Universität Bochum

Erich R. Reinhardt, Medical-Valley, Erlangen-Nürnberg

Norbert Suttorp ML, Klinik für Infektiologie und Pneumologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Urban Wiesing ML, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Referenten

Dieter Birnbacher ML, Philosophische Fakultät, Universität Düsseldorf

Daniel Strech, Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Heiner Raspe, Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

Diskutanten

Peter Dabrock, Vorsitzender Deutscher Ethikrat, Lehrstuhl für Systematische Theologie II, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hedwig François-Kettner, Vorstand des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Irmtraud Gürkan, Kaufmännische Direktorin, Universitätsklinikum Heidelberg

Klaus-Dirk Henke, Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht , TU Berlin

Günther Jonitz, Präsident Ärztekammer Berlin

Christian Katzenmeier, Institut für Medizinrecht, Universität Köln

Franz Knieps, Vorstand, BKK-Dachverband

Heyo K. Kroemer, Sprecher des Vorstands, Vorstand Forschung und Lehre/Dekan
Universitätsmedizin Göttingen, Präsident des Medizinische Fakultätentages

Rainer Leidl, Lehrstuhl für Betriebswirtschaft, insbesondere Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, LMU München

Peter Propping ML, Institut für Humangenetik, Universität Bonn

Bernt-Peter Robra, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Otto von Guericke-Universität Magdeburg

Rainer Sauerborn, Institut für Public Health, Universitätsklinikum Heidelberg

Bettina Schöne-Seifert ML, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

David Schwappach, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, Bern

Frank Stollmann, Leiter der Gruppe „Öffentliches Gesundheitswesen“, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Volker ter Meulen ML, Leopoldina, Sprecher der WK Gesundheit

Christof Veit, Leitung Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Programm

Zeit:	21. Januar 2016
Veranstaltungsort:	Berlin, Reinhardtstraßen-Höfe, Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin
Format:	1-tägiges Symposium, bei dem der intensive Austausch im Mittelpunkt steht.

Hintergrund

Viele Veranstaltungen, Stellungnahmen und Analysen beschäftigen sich mit den Ursachen, Symptomen und Folgen einer wahrgenommenen Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Ein wesentlicher Anlass dafür sind zahlreiche Fälle von Unter-, Fehl- und vor allem Überversorgung (z.B. Fallzahlsteigerungen) im deutschen Gesundheitssystem und ihre unterschiedliche Bewertung. Eine Reaktion auf diese Entwicklungen sowie auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse allgemein ist es, die Gesundheitsversorgung stärker als bislang anhand von Qualitätskriterien zu bewerten und zu steuern. Das im Sommer 2014 verabschiedete GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz sowie das kommende Krankenhausstrukturgesetz, das zu 2016 in Kraft treten soll, setzen hier an.

Diese verschiedenen Problemfelder berühren das grundsätzliche Verhältnis von Medizin und Ökonomie, welches häufig als konfrontativ gesehen wird. Die Ökonomie hat die Verteilung knapper Ressourcen zum Thema, die Medizin die Behandlung des einzelnen Patienten. Hieraus ergibt sich ein gewisses Spannungsverhältnis. Zugleich sind aber beide Perspektiven für eine Gesellschaft und ein funktionierendes Gesundheitssystem wichtig und bedingen sich gegenseitig.

Ziel und Leitfragen

Die Wissenschaftlichen Kommissionen Gesundheit und Wissenschaftsethik der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina nehmen dieses zum Anlass, das grundsätzliche Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie in den Blick zu nehmen.

Im Zentrum des Symposiums steht dabei die Frage: Wie ist das Verhältnis von Medizin und Ökonomie im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten sinnvoll zu gestalten? Übergeordnetes Ziel ist es,

Ansatzpunkte zu finden, um die Konfrontation der beiden Systeme Ökonomie und Medizin zu entschärfen.

- ▼ Welche Stellschrauben sind wichtig, damit das Verhältnis ausgeglichen sein kann?
- ▼ Wo liegen sensible Stellen? Wie kann man diese gestalten, um gleichzeitig die Qualität der Versorgung und einen sparsamen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu gewährleisten?
- ▼ Welche „Leitplanken“ für die Praxis sind insoweit erforderlich?
- ▼ Welche wettbewerblichen „Spielregeln“ sind erforderlich, um den besonderen Ansprüchen der Gesundheitsversorgung zu entsprechen?
- ▼ Was spricht für/gegen einen wettbewerbsorientierten Ansatz im Sektor Gesundheit?

Ablauf der Veranstaltung

Tag 1: 11.00 – 18.00 Uhr

11.00 – 11.15 Uhr: Begrüßung und Einführung in die Veranstaltung

Volker ter Meulen, Sprecher der Wissenschaftlichen Kommission Gesundheit
Erich R. Reinhardt, Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission Gesundheit

11.15 – 12.00 Uhr | Wovon sprechen wir? Fallzahlsteigerungen und Qualität: Fakten und ihre Interpretation

Reinhard Busse, Impulsreferat (30 Minuten) mit anschließender Diskussion
 Moderation: Volker ter Meulen

12.00 – 13.00 Uhr: Zum grundsätzlichen Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin

Dieter Birnbacher, Impulsreferat (**max. 15 Minuten**) mit anschließender Diskussion

Moderation: Stefan Huster

Mögliche Fragen:

- ▼ Was sind akzeptable/inakzeptable/wünschenswerte Einflussnahmen auf die Medizin und ihren moralischen Auftrag von außen (Stichworte: Kommerzialisierung, etc.)?
- ▼ Wie lässt sich ein „gesunder“ und transparenter Wettbewerb gestalten?

- ▼ Welches sind die Rolle, Funktion und Grenzen des ärztlichen Ethos? Welches waren sie, welches sollten sie sein?

13.00 – 13.45 Uhr: Pause mit Imbiss

13.45 – 14.45 Uhr: Die Perspektive der Patienten

Daniel Strech, Impulsreferat (**max. 15 Minuten**) mit anschließender Diskussion

Moderation: Norbert Suttorp

Mögliche Fragen:

- ▼ Welche Rollen spielt der Patient im Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie?
- ▼ Welche Ansprüche hat der Patient als „Kunde“? Inwieweit kann und muss das Gesundheitssystem darauf eingehen?
- ▼ Inwieweit bedrohen kommerzielle Angebote das Vertrauen von Patienten in die medizinische Versorgung?
- ▼ Inwieweit stärken Transparenz und umfassende Aufklärung das Vertrauen des Patienten in die medizinische Versorgung?

14.45 – 15.15 Uhr Pause

15.15 – 16.15 Uhr: Problemfeld Indikationsstellung: dem Individuum oder/und dem Patientenkollektiv verpflichtet?

Heiner Raspe, Impulsreferat (**max. 15 Minuten**) mit anschließender Diskussion

Moderation: Urban Wiesing

Mögliche Fragen:

- ▼ Welche ist die Funktion der Indikationsstellung? Welches sollte sie sein?
- ▼ Können wir „gute“ Indikationsstellung beim Einzelnen messen? Oder nur in Kollektiven?
- ▼ Welche Faktoren beeinflussen die Indikationsqualität positiv/negativ?
- ▼ Wie ist das Verhältnis zwischen Indikationsqualität und Prozess-/Ergebnisqualität?
- ▼ Inwieweit haben ökonomische Überlegungen in der Praxis Einfluss auf die Indikationsstellung?
- ▼ Welche Konflikte gibt es zwischen der Indikationsstellung im Einzelfall und der Frage der Angemessenheit dieser Indikationsstellung für ganze Kollektive von Patienten (d.h. alle Patienten mit bestimmten Merkmalen oder alle Patienten in einem gewissen Krankenhaus etc.).

16.15 – 17.15 Uhr: Vergütungssysteme im Spannungsverhältnis zur Ausrichtung der Medizin

Jürgen Wasem, Impulsreferat (**max. 15 Minuten**) mit anschließender Diskussion

Moderation: Erich R. Reinhardt

Mögliche Fragen:

- ▼ Welche Anforderungen sind an Vergütungssysteme zu stellen aus Sicht der Medizin und der Gesundheitsforschung?
- ▼ Wie ist das Verhältnis zwischen Vergütungsformen und ihren inhärenten Anreizen?
- ▼ Lassen sich etwaige Fehlanreize durch ein verändertes Vergütungssystem begegnen?
- ▼ Inwieweit berücksichtigt das Vergütungssystem Fortschritte in der Medizin?
- ▼ Inwieweit wird „schlechte Qualität“ noch nicht hinreichend sanktioniert? Wäre dies möglich?

17.15 – 18.00 Uhr: Schlussdiskussion

Moderation: Erich R. Reinhardt

