

## ***Leistungsentgelte in der Krankenhausversorgung und Zielvereinbarung mit Leitenden Ärzten***

---

1. Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten in Krankenhäusern sind in die Kritik geraten, da sie als Erfolgskriterium vor allem die Steigerung der Patientenzahlen und der Schweregrade der Diagnosen zum Gegenstand haben. Dieses wird als ethisch zweifelhaft angesehen. Die Ursache liegt aber in den systemischen Rahmenbedingungen, die hohe Anreize zur Fallzahlausweitung und zum Upcoding geben.
2. Zwei Entwicklungen sind relevant: Zunächst die seit zehn bis zwölf Jahren sich durchsetzenden neuen Chefarztverträge, zum anderen das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen.
3. Zunächst zu den neuen Chefarztverträgen:
  - a. Altverträge sahen eine strikte Trennung zwischen der ärztlichen Tätigkeit im Regelleistungsbereich und im persönlichen Bereich vor. Der Arzt war in der Regel nach BAT I für den Regelleistungsbereich beim Krankenhaus angestellt. Dieses war das Einstiegsticket für die Privatnutzung der Einrichtungen des Krankenhauses. Der Chefarzt verdiente sein Geld überwiegend im sogenannten Privatliquidationsbereich. Je nach Klinik und Krankenhaus machte dieses Einkommen mindestens das Doppelte der Krankenhausvergütung aus, bei den Großverdienern machte das eigentliche Arbeitsentgelt nur zwischen 10 und 20 % aus. Auch konnte der Arzt sein Einkommen nur dadurch steigern, indem er mehr Privatpatienten und ambulante Patienten behandelt. Für das Recht zur Privatliquidation und die Nutzung der Einrichtungen zur Behandlung von ambulanten Patienten hatte der Arzt ein Nutzungsentgelt an das Krankenhaus abzuführen, das in der Regel gestaffelt war, je mehr Erlöse, desto höher die Abgabe. Der TV-Ä (Tarifvertrag für den Ärztlichen Dienst) und auch der TV-ÖD sehen keine Tarifgruppe für leitende und Chefärzte mehr vor.
  - b. Neuverträge sehen die gesamte Tätigkeit des Arztes als Krankenhaustätigkeit. Auch wenn rechtlich gesehen der Arzt die Leistung erbringt und da-

für auch formal haftet (was im Grundsatz bei jeder ärztlichen Leistung so ist, hier aber auch vollumfänglich, also formal auch für das ökonomische Risiko), so verstehen die Neuverträge alle Leistungen, die mit dem Krankenhaus verbunden sind, als in diesem Falle vom Krankenhaus beauftragte Leistung. Die Abrechnung erfolgt dabei in der Regel über die Abrechnungsstelle des Krankenhauses. Aus betrieblicher Sicht hat dieses einen wesentlichen Hintergrund: Für das Krankenhaus stellen die Erlöse aus Nutzungsentgelten nur einen kleinen Teil der Erlöse dar. In den Krankenhäusern in denen ich gearbeitet habe (Anteil Privatpatienten ca. 10 bis 15 %) weniger als 5 % und zwar inklusive der Wahlleistungserlöse aus der Unterbringung. Mit anderen Worten, für die Hauptaufgabe wurde der Arzt mit einem vergleichsweise geringen Entgelt entlohnt. Dieses führte immer wieder zu Widersprüchen. Ich habe persönlich erlebt, wie ein Chefarzt sein Augenmerk auf die Nebenerwerbstätigkeiten legte und dadurch die Leistungen im Kernbereich merklich zurück gingen. Ein anderer Chefarzt, mit dem ich als Altverträgler einen Neuvertrag vereinbarte, war regelrecht erleichtert, als er mir als Chirurg sagte, dass er froh sei, sich nicht mehr fragen zu müssen, ob der Privatpatient, den er gerade operierte, sein persönliches Einkommen steigern würde.

- c. Nahezu alle Neuverträge sehen variable Anteile vor, wie es bei Führungspersonen im Topmanagementbereich, als die sich Chefarzte auch selbst sehen, heute unternehmerisch üblich ist. Ab einem bestimmten Einkommen gilt das auch schon für die mittlere Managementebene im Jahr. Chefarzte haben heute ein Mindesteinkommen von etwa 200.000 Euro. Großverdiener realisieren bis zu 600.000 Euro und mehr. Es ist kaum nachvollziehbar, wenn eine solche Summe als Festgehalt gezahlt wird. Entscheidend ist der Mechanismus der variablen Anteile. Die Verträge die ich gemacht habe, haben in der Regel 10 % bis maximal 35 % des Einkommens variabel gestellt, abhängig von den Gesamteinnahmen der Klinik sowie dem bisherigen Vertragsstatus (Neuvertrag oder Umwandlung). Vertraglich wird nur optional auf die Zielvereinbarung verwiesen, die sich auf quantitative, wie auch auf qualitative Elemente beziehen kann, in der Regel aber vor allem quantitative Kosten- und Erlösziele beinhaltet. Dabei ist folgender Mechanismus zu beachten: Eine harte Zielvereinbarung sieht strikte An-

passungen vor, so dass die Relationen von Abweichungen der Zielvereinbarungen positiv und negativ überproportional zu Buche schlagen. Ich persönlich habe, auch aus technischen Gründen, für ein Überschreiten der Zielvereinbarungswerte im Regelleistungsbereich keinen Bonus oder eine über 100 % hinaus gehende variable Vergütung gewährt. Die von mir präferierten Vereinbarungen sehen erstens keinen Anreiz vor, die Zielwerte über zu erfüllen, die wirtschaftlichen Nachteile bei Verfehlen sollen so gestaltet sein, dass sie das Ziel der wirtschaftlichen Reflektion medizinischen Handelns erreichen, aber nicht der betriebswirtschaftlichen Dominanz über das medizinische Denken Vorschub leisten. Schließlich werden erreichte Werte nicht stoisch fortgeschrieben, sondern in einer gemeinsamen Bewertung des Erreichten realistisch fortgeschrieben.

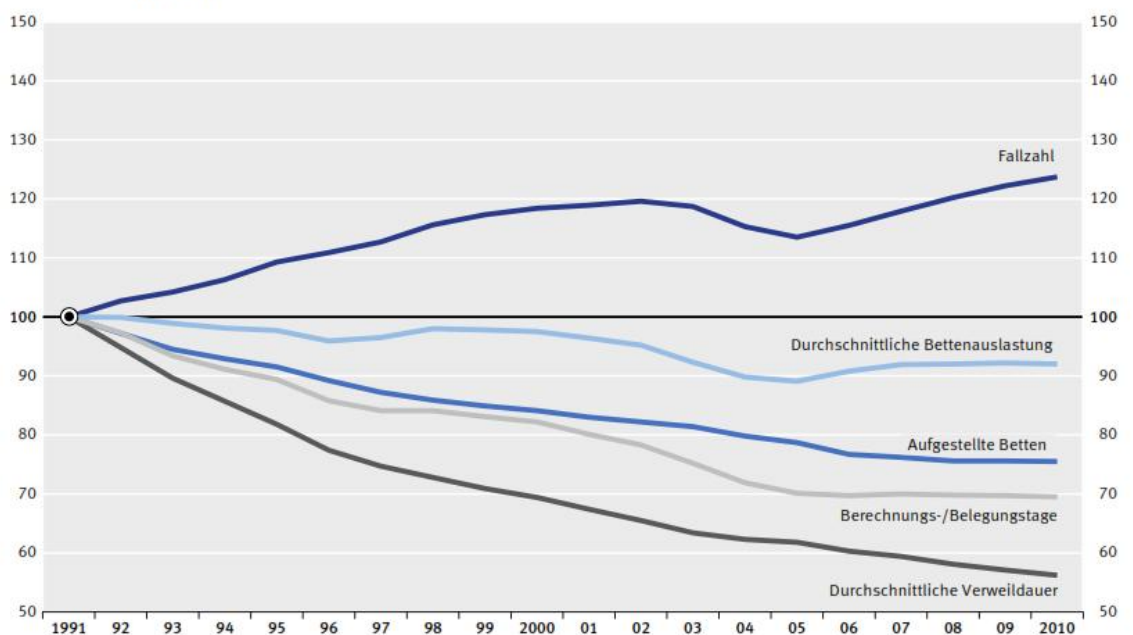
- d. Allerdings können die Mechanismen wesentlich extremer ausfallen. Ich weiß aber von (privaten) Krankenhausträgern, die dabei deutlich weniger Hemmungen eigen und sehr strikte positive und negative Sanktionen vorsehen. Auch werden Zielvereinbarungswerte häufig nur ‚positiv‘ fortgeschrieben, das bedeutet, die zu erzielenden Leistungswerte steigen von Jahr zu Jahr. Schnell entstehen Hamsterradeffekte. Dieses gilt vor allem, wenn Variablen nur noch dafür gezahlt werden, die Verbesserungen gegenüber dem Vorjahr zu erreichen.
- e. Mir geht es darum, dass ein Großverdiener als fachlich und wirtschaftlich Verantwortlicher einen gemäßigten Anreiz erhält, sich mit wirtschaftlichen und mit Entwicklungsfragen der eigenen Klinik auseinanderzusetzen. Ein Beispiel: Interdisziplinäre Zentrenbildung ist heute ein wichtiges Instrument zur betrieblichen Weiterentwicklung. Gemeinsame, abgestimmte ZV mit daran verknüpften und gegenseitig bestimmten quantitativen und qualitativen Entwicklungszielen sind dann machbar. Die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten ist ein wichtiger Aspekt des klinikbezogenen Handelns. Ich persönlich halte diese vertragliche Vorgehensweise für deutlich förderlicher, weil der Fokus erstens auf dem Normalpatienten liegt, und das Krankenhaus, das medizinisch nicht weisungsgebunden sein kann, einen zentralen Mitarbeiter an die Ziele des Unternehmens binden kann. Entscheidend sind damit nicht die Zielvereinbarungen per se, sondern die

sich darin abbildenden Unternehmensziele und das darin geronnene unternehmensethische Zielhandeln. Dieses ist stark beeinflusst von den finanziellen Strukturen und Rahmenbedingungen durch die durch den Krankenhausträger geprägten unternehmerischen Ziele sowie noch mehr durch die gesetzlich gestellten Bedingungen des Krankenhausensystems.

4. Deshalb nun zur Frage der DRG (diagnosebezogene Fallpauschalen):

- a. Mit dem GSG 1992 wurde die Einführung von Fallpauschalen vorbereitet, der damalige Gesundheitsminister Seehofer legte dieses Projekt allerdings zu den Akten, da er erkannt hatte, dass es negative Steuerungseffekte haben würde und die Wirtschaftlichkeit des Systems nicht insgesamt verbessern würde. Die Wirkung lässt sich statistisch erahnen. Bis 2005, also dem ersten Volljahr des DRG-Systems sank die Zahl der Krankenhausfälle (unter dem Pflegesatzregime) auf 16,5 Mio. gegenüber 17,3 Mio. im Jahr 2000 (1992: 15,8 Mio.), um im Jahr 2010 auf 18 Mio. zu steigen. Das die DRG an der grundlegenden Entwicklung zeigt die nachfolgende Übersicht von Bölt/Graf (2012):

Schaubild 1 Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser  
1991 = 100



Auffällig ist nur, dass die vor der DRG-Einführung deutlich abflachende Fallzahlkurve als logische Konsequenz eines auf Fallzahlzuwachs generierten Systems eine Trendumkehr erfahren hat. Alle anderen Indikatoren zeigen keine wesentlichen Veränderungen. So ist die als unwirtschaftlich eingestufte Verweildauerlänge in Deutschland als ein wesentliches Argument für die Einführung von Fallpauschalen benutzt worden. Es ist aber kein neuer Trend erkennbar gewesen, was nebenbei, bei den Australischen DRG's ähnlich war. Es bleibt also bei der Trendumkehr im Bereich der Fallzahlentwicklung

- b. Ursachen für diese Fallzahlentwicklung liegen einmal im System begründet. Interne Verlegungen bspw. zur Weiterbehandlung einer anderen abrechenbaren Erkrankung machen im DRG-System wenig Sinn, weil die Entlassungsdiagnose entscheidend ist. Also generiert man durch Entlassung und Neuaufnahme (nicht Wiederaufnahme) neue Fälle. Aber auch der Anreiz zur stationären Behandlung ist gestiegen, wobei die Frage der Selbsteinweisung für das Krankenhaus schwer zu beantworten ist. Neuere Zahlen dazu findet man nicht. Eine ältere Studie aus dem Jahr 1988 sieht die Zahl bei etwas weniger als ein Viertel aller Krankenhausaufnahmen. Aus meiner eigenen Erfahrung ist die Steuerung der Fallzahl über Notfallaufnahmen keine besonders attraktive Option. Viele Krankenhäuser versuchen die sehr teurer und schlecht vergütete Notfallbehandlung auf Sparflamme zu halten. In einigen Bundesländern ist es allerdings zur Einrichtung sogenannter KV-Notfallambulanzen an Krankenhäusern gekommen, was wiederum für die Krankenhäuser attraktiv ist, weil sie dadurch potenzielle Zuweisungen erhalten. Entscheidender ist die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich. Für den niedergelassenen Bereich ist es attraktiver, Patienten zur Intervention an ein Krankenhaus zu überweisen, als an einen Kollegen, da dieser dann die Nachbehandlung selbst betreiben kann, der Patient also nicht mehr zurück kommt. Das Krankenhaus ist in Hinsicht auf die poststationäre Nachbetreuung beschränkt und meistens ist es auch organisatorisch und finanziell nicht besonders wirtschaftlich, überdies auch für den Patienten häufig aufwändiger als in einer niedergelassenen Praxis. Der Anreiz besteht also auf beiden Seiten. Hinzu kommen Behandlungen die ambulant nicht abrechenbar sind, oder nicht wirtschaft-

lich sind. Insbesondere private Krankenhausträger greifen zum Mittel, Grundversorgungskrankenhäuser zu kaufen, die zum Teil wirtschaftlich nicht überlebensfähig sind, um in der Region die Zuweisung aus dem ländlichen Raum aufzufangen und diese dann an zum Konzern gehörende regionale Schwerpunkt- oder Maximalversorgungshäuser zu überweisen. Der abrupte Trend zur Fallzahlzunahme ist jedenfalls nicht überwiegend auf die Zielvereinbarungen zurückzuführen, da diese nicht erst 2005 geschaffen wurden, und, zumindest in öffentlichen Krankenhäusern, erst mit dem Wechsel zu einem neuen Chefarzt überhaupt die Möglichkeit gegeben ist, neue Verträge abzuschließen. In privaten Krankenhäusern sieht das allerdings ebenfalls wieder anders aus. 80 % der Fallzahlsteigerung von 2005 bis 2010 geht auf das Konto der privaten Krankenhäuser, wobei etwa 60 % durch den Krankenhauskauf resultiert.

- c. Parallel zu dieser Entwicklung ist auch die Ausgabenentwicklung für die stationäre Versorgung auffällig. So stiegen die Ausgaben für die Krankenhäuser zwischen 1995 bis 2000 um 10,4 %, zwischen 2000 und 2005 um 10,3 % und zwischen 2005 und 2010 um fast das Doppelte, nämlich um 20,1 %. Die allgemeine Inflation könnte dieses begründen, doch stieg diese zwar um Zeitraum zwischen 2005 und 2010 mit einem durchschnittlichen Wert von 1,8 % gegenüber 1,3 und 1,5. Damit lassen sich die Unterschiede allerdings nicht erklären, zumal die Ausgaben besonders in den Jahren 2009 und 2010 anstiegen. 71,4 % der Ausgabensteigerung fand in diesen beiden Jahren statt, die allerdings nur eine sehr unterdurchschnittliche Inflation aufwiesen, nämlich 0,75 %. Für das Jahr 2009 kann noch eine nachlaufende Entwicklung angenommen werden, für das Jahr 2010 sicherlich aber nicht. Maßgeblich ist allerdings auch nicht die allgemeine Inflationsrate, sondern die sogenannte Grundlohnsummenentwicklung je Versicherten in der GKV. Die betrug in den Jahren mit hoher Inflation in Westdeutschland (2007, 2008) 0,5 % und 0,65 %. Sie stieg erst in den Jahren 2009 und 2010 leicht an. Für das Jahr 2009 ist der Wert von 2008 maßgeblich. Die relevante durchschnittliche Steigerung zwischen 2000 und 2005 betrug 1 %, in den Jahren 2005 bis 2010 jedoch nur 0,8 %. Wahrscheinlicher ist, dass durch das Auslaufen der Konvergenzphase, trotz zwischenzeitlicher Verlängerung um ein Jahr, die Wirkung des DRG-

Systems sich nun auch im System bemerkbar macht und die Krankenhäuser zunehmend gelernt haben mit dem System umzugehen und durch Fallausweitung die Erlöse nicht nur stabilisieren, sondern steigern.

- d. Das DRG-System und die finanziellen Ausgleichsmechanismen verleiten zu einer Fallzahlausweitung. Es liegt also in der Logik des Systems, mehr Fälle zu generieren. Im Einzelnen sollen die unterschiedlichen systemischen Anreize dargestellt werden.

Als Einstimmung hier ein Zitat aus § 4 KhEntG:

„ Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. **Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert ausgeglichen**; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. **Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen.** Für **Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren.** Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen. Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.“

Es ist unschwer ersichtlich, dass Mindererlöse, übersetzt zu wenig Fälle, ein wirtschaftliches Risiko darstellen. Ich selbst weiß, was das heißt, da ich in einem politisch und damit in den öffentlichen Medien in die Schusslinie geratenem Haus mit dadurch stagnierenden bis leicht rückläufigen Fallzahlen (und auch noch in der Konvergenz mit abnehmenden Erlösen pro Fall) gearbeitet habe. Zum Vergleich: Die Ausgleichsregelungen des bis in die 90er Jahre geltenden Flexiblen Budgets waren nach der Marschroute gestrickt, einen kostensichernden Erlösausgleich zu ermöglichen. Der Ausgleich war von der Annahme einer kurzfristig überwiegend fixen

Kostenstruktur ausgegangen, fix 75, variabel 25 %. Ein Ausgleich bei Minderleistung wurde dementsprechend mit 75 % (jetzt 20 %) vorgenommen, umgekehrt hatte das Krankenhaus bei Mehrleistung 75 % (jetzt 65) der Mehrerlöse zurückzuzahlen. Die jetzigen Anreize gehen also deutlich in Richtung Leistungsausweitung, was insbesondere der erwerbswirtschaftlichen Orientierung in Hinsicht auf unternehmerische Wachstumsziele entgegen kommt.

Ein anderes Thema sind die Tarifausgleiche. Seit der Budgetierung durch das GSG, mit dem die Selbstkostendeckung außer Kraft gesetzt worden ist, und eine strikte Anbindung der Krankenhausbudgets an die Grundlohnsummenentwicklung vorgenommen wurde, die immer noch Maßstab für die Weiterentwicklung der Krankenhausbudgets ist, wurde ein Tarifausgleich vereinbart. Dieser Tarifausgleich orientierte sich zunächst an den üblichen Verteilungen der Personalkosten in den Krankenhäusern (zwei Drittel Personalkostenanteil). Schon unter Seehofer wurde dieser Ausgleich eingeschränkt, und unter der rot-grünen Bundesregierung weiter reduziert. Wir sind nun bei 50 % der Kompensation der Personalkostensteigerungen, bei der Annahme eines fünfzig prozentigen Personalkostenanteils angekommen. angekommen, exakt der übliche Personalkostenanteil privater Krankenhausträger (in den öffentlichen Krankenhäusern liegt er wenigstens bei 60 % bis über 70 %. Berücksichtigt werden muss aber, dass die Inflationsrate in den letzten zehn Jahren etwa um das Doppelte über dem Wert der Grundlohnentwicklung lag. Das heißt auch der Sachkostenanteil hält sich nicht stoisch an die Grundlohnsummenentwicklung. Der Gesetzgeber hat dem durch einen erstmalig ab 2013, durch das Statistische Bundesamt erst kürzlich veröffentlichten Orientierungswert entgegengewirkt, der auch den Entwicklungen im Sachkostenbereich gerecht werden soll.

Ein Unterschied ist allerdings bei den ausgegliederten Personalkosten festzustellen. So gab es etwa im Gebäudereinigerhandwerk in den Jahren 2005 bis 2007 keine Tariflohnanpassung. Durch Ausgliederung und Fremdvergabe kann also dem Lohndruck entgegengewirkt werden, weil in



diesen Bereichen häufig unterdurchschnittliche Lohnentwicklungen sowohl in der Höhe als auch in der Dynamik vorliegen.

Wir haben also einerseits ein hohes Risiko bei den Mindererlösen, das nicht zuletzt ein großes Risiko bei bestimmten Fächern mit seltenen, aufwändigen Patientengruppen, wie Neonatologie und Unfallchirurgie mit Polytraumata besteht, weil hier wenige Fälle gravierende Erlösunterschiede ausmachen. Gleichzeitig besteht bei Kliniken mit hohem Personalkostenanteil ein hoher Druck durch die Minderkompensation des Tarifausgleichs.

Drei Aspekte sprechen also für die Fallausweitung, erstens die durch die Privatisierung wichtiger werdende Erwerbsorientierung, die gleichzeitig erst durch die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, die die automatische Gewinnabschöpfung zur Konsequenz hatte, möglich wurde, zum zweiten die Verbesserung der Erlöskostensituation bei Mehrerlösen seit 2009, sowie schließlich die Notwendigkeit zur Risikominderung und Kostensteigerungskompensation durch Erlösmanagement.

- e. Die Diskussion um das Thema Leistungsorientierte Vergütung und Zielvereinbarung ist angesichts dieser Diagnose, eine vom Gesetzgeber letztlich forcierte Leistungsausweitung, ein massiver Anreiz zur Kommerzialisierung, in gewisser Hinsicht unlauter. Die Ärzteschaft hat in den letzten Jahren seit 2006 auf allen Ebenen deutliche Einkommensverbesserungen durchgesetzt. Sie hat damit den Druck auf die Leistungsausweitung vergrößert. Und die alten Chefarztverträge mit einer Orientierung auf Privatpatienten und Nebentätigkeiten als Haupteinkommen haben die Patientenorientierung nicht gefördert.
- f. Leistungsorientierte Vergütung ist im AT-Bereich heute in allen Berufsgruppen mehr als üblich, und diese sind regelhaft mit Zielvereinbarungen verknüpft. Sinnvoll ist eine Abkehr vom Drang zur Leistungsausweitung. Wenn der Minderausgleich verbessert und die Gewinnerzielungsoption durch Mehrerlöse deutlich reduziert, der Ausgleich für die Tarifsteigerungen wieder deutlich verbessert wird, dann tut man den Mitarbeitern, den

Patienten und der Ökonomie des Gesundheitswesens deutlich Besseres, als den Vorschlägen von Herrn Rhön und Frau Fresenius nachzugeben.

- g. Die von mir präferierten Gestaltungsoptionen für Zielvereinbarungen können auch anders aussehen und dann zu einer berufsethischen Belastung werden. Ein bekannter leitender Oberarzt fragte mich einmal um einen Rat, als es um ein Angebot für eine Chefarztstelle bei einem mittelgroßen Krankenhaus eines großen privaten Trägers ging. Nach kurzer Recherche stellte sich heraus, dass die Stelle erst vor Kurzem durch Kündigung des Chefarztes freigeworden war, der selbst erst wenige Jahre vorher die Stelle angetreten hatte. Grund waren die Zielvereinbarungen, die jedes Jahr die alten Ziele wie eine Daumenschraube weiter vorantrieben und jedes Jahr die Zielwerte steigerten. Ich habe dem Leitenden Oberarzt nach Durchsprache des Angebots abgeraten. Der Arzt heuerte dann nur wenig später bei einem kirchlichen Träger an. Zielvereinbarungen in dieser Form sind als Führungsinstrument unethisch und unfair, auch wenn sie im Angesicht des Willens neoklassisch hypnotisierter Bundesgesundheitsminister systemlogisch sind.
- h. Wenn der politisch gewollte Druck weggenommen würde und qualitative Ziele sinnvoll vereinbart werden könnten, also Mitarbeiterführung, Patientenzufriedenheit, Kooperation, Organisations- und Prozessgestaltung, dann können Zielvereinbarungen ein sinnvolles Instrument zur Unterstützung von unternehmerischen Handeln, auch und gerade in sozialwirtschaftlichen Unternehmen sein.

Manfred Fiedler