

1. Die Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsgebot

Auf dem Herbstsymposium der DGfM 2013 wurde eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Bewertungsschemas zum Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V gegründet. Mit diesem Schema soll es ermöglicht werden, Krankenhausbehandlungen im individuellen Einzelfall im Kontext einer Leistungsprüfung nach § 275 SGB V qualifiziert zu bewerten.

Der Arbeitsgruppe gehörten 15 Mitglieder der DGfM an, darunter ärztliche und nichtärztliche Medizincontroller, Medizinische Dokumentare, Krankenhausbetriebswirte, Volkswirtschaftler und Medizinfachanwälte.

In verschiedenen Arbeitspaketen wurden Informationen zu

- Begriffsdefinitionen,
- Sozialrecht,
- Sozialrechtsprechung,
- gesundheitsökonomischen, medizinisch-fachlichen und ethischen Aspekten der Leistungsverteilung und
- Leistungskatalogen

recherchiert.

Ausgehend von diesen Informationen wurden Thesen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen, eine Checkliste und ein Kalkulationsblatt zum direkten Vergleich von Behandlungsalternativen verabschiedet.

Die Ergebnisse wurden auf dem Herbstsymposium der DGfM 2014 publiziert (http://www.medizincontroller.de/dokumente/info/Interessante_Veroeffentlichungen/Ergebnisse_AG_Wirtschaftlichkeitsgebot_Vortrag_Herbstsymposium.pdf)

2. Zwölf Thesen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausbehandlungen auf der Ebene der individuellen Versorgung

1. Die finanzielle Grundlage der "Ökonomie im Gesundheitswesen" beruht auf dem Prinzip der Solidargemeinschaft, d.h. alle Versicherten leisten ihre Beiträge nach ihrem Vermögen und erhalten Leistungen nach ihrem Bedarf.
2. Leistungen müssen notwendig und zweckmäßig sein. Sie sind nach allgemein anerkannten fachlichen und qualitativen Standards zu erbringen.
3. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V ist als Minimum-Prinzip auszulegen. Die notwendigen Leistungen gemäß These 2 sind mit einem möglichst geringen Einsatz finanzieller Mittel zu erbringen.
4. Wirtschaftliche Interessen liegen im Sinne auch einer Rangfolge zunächst beim Kostenträger, gefolgt von Leistungserbringer und Patient.
5. Kostenträger sind primär für den sparsamen Einsatz der finanziellen Mittel verantwortlich. Sie nehmen ihre Verantwortung durch die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer, den Abschluss von Rabattverträgen und durch Leistungsprüfungen wahr.
6. Leistungserbringer sind verpflichtet, im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben Leistungen im niedrigsten möglichen Versorgungslevel zu erbringen. Sie müssen dabei jedoch nicht gegen eigene wirtschaftliche Interessen agieren. Dabei gelten die Grundsätze ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege.
7. Patienten sind durch unterschiedliche Behandlungsvarianten sowohl aktiv als auch passiv vom Wirtschaftlichkeitsgebot betroffen. Sie können durch gesunde Lebensweise und Vermeidung von Risiken die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens reduzieren. Sie können bei notwendiger Inanspruchnahme im Dialog mit behandelnden Ärzten eine realistische Erwartungshaltung zu Behandlungsmöglichkeiten und -ergebnissen einnehmen. Insbesondere im Kontext einer potentiellen End-of-life-decision bestehen Möglichkeiten für den einzelnen Menschen, seiner Verantwortung und seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Es ist auch zu erwägen, dass manche Behandlungsalternativen zu unbilligen Härten in Bezug

auf Dauer einer Krankschreibung, Arbeitslosigkeit, Frühberentung, Pflege erwarten lassen, die nicht zuletzt auch das Sozialsystem belasten.

8. Wirtschaftlichkeitsbetrachtung sollten in Abhängigkeit von der Komplexität der Behandlungsvarianten in verschiedenen Varianten unter der Voraussetzung, dass sich die Kosten der Leistungen unterscheiden, betrachtet werden:
 - a. Variante 1: Die Leistung unterscheidet sich durch die Dosis durch Variation der Behandlungsintensität oder Behandlungsdauer.
 - b. Variante 2: Die gleiche Leistung wird durch unterschiedliche Leistungserbringer erbracht.
 - c. Variante 3: Gleiche Leistung kann in unterschiedlichen Abrechnungsmodi vergütet werden.
 - d. Variante 4: Eine ähnliche Leistung bietet gleiche Heilungschancen, weist aber unterschiedlichen Risiken auf.
 - e. Variante 5: Eine ähnliche Leistungen führt bei gleichen Risiken zu unterschiedlichen Heilungschancen
 - f. Variante 6: Die Leistung eines Patienten wirkt sich unmittelbar auf Kosten der Leistungen für einen anderen Patienten aus (z.B. Lebendspende).
9. In ausgewählten Fällen ist zur sachgerechten Bewertung ein dreidimensionales Modell zur Bewertung von Kosten, Ergebnissen und Risiken bezogen auf den Behandlungsbedarf erforderlich.
10. Beim Vergleich der Wirtschaftlichkeit von Behandlungsvarianten sind die Kosten für die äquivalenten Behandlungsdosen und prognostizierten Wirkungen zu berücksichtigen.
11. Zu erwarten sind zwei unterschiedliche Gruppen von Fragestellungen:
Massenphänomene mit definierten unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten (Leistungserbringer/Abrechnungsmodi) und Einzelfälle mit chronischen/komplexen Verläufen und unterschiedlichen methodischen Behandlungsalternativen.
12. Bestimmte Faktoren erschließen sich nicht einer quantitativen Bewertung, sollten aber qualitativ benannt werden, um sie einer ethischen Mitbewertung zugänglich zu machen.

Ausgehend von diesen Thesen wurden eine Checkliste und ein Kalkulationsblatt erarbeitet und auf der Homepage der DGfM veröffentlicht:

- http://www.medizincontroller.de/dokumente/info/Interessante_Veroeffentlichungen/Checkliste_AG_Wirtschaftlichkeitsgebot.pdf
- http://www.medizincontroller.de/dokumente/info/Interessante_Veroeffentlichungen/Vergleich_Behandlungsvarianten_20141013.xlsx

Die Veröffentlichung der theoretischen Grundlagen ist im zweiten Quartal 2015 geplant.

**Dr. Ulf Denner, Leiter der Arbeitsgruppe „Wirtschaftlichkeitsgebot“ der
Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling**