Prof. Dr. Heinz Naegler
Prof. Dr. Dr. Karl Heinz Wehkamp

Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – Zur Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern

Zusammenfassung

Die Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern ist in der jüngsten Vergangenheit Gegenstand zahlreicher Studien. In diesen werden die Veränderungen vor allem der Zahl der Patienten und der Eingriffe sowie die des Casemix anhand einer Vielzahl von Faktoren erklärt. Häufig sind diese Erklärungen mit dem Hinweis verbunden, dass das tatsächliche Ausmaß der Veränderungen mittels der genannten Faktoren allein nicht begründet werden kann. Dennoch werden unter anderem die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser, die Reduzierung der staatlichen Investitions-Finanzierung sowie vorhandenen Überkapazitäten und deren eventueller Einfluss auf die Mengenentwicklung – wenn überhaupt – nur am Rande erwähnt. Strategien mit dem Ziel einer Reduzierung der Mengenentwicklung lassen sich auf dieser Erkenntnis-Grundlage nicht generieren. Die Beschreibung der Beziehungen zwischen der Veränderung der für das Krankenhaus relevanten Rahmenbedingungen und der Veränderung verschiedener Arten von Leistungs-Mengen dient der Identifizierung von Forschungsfragen, deren Beantwortung im Rahmen eines Folgeprojektes Aufschluss darüber geben soll, wie es gelingen kann, dass nur noch medizinisch eindeutig indizierte Leistungen erbracht und Fehlallokationen knapper Mittel vermieden werden.

Schlüsselwörter

Mengenentwicklung, Krankenhaus, Ökonomisierung, Investitions-Finanzierung

Für das bessere Verständnis der folgenden Ausführungen ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Mengenentwicklung nur ein Teilaspekt der Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist. Andere Aspekte betreffen unter anderem die Verknappung von materiellen und personellen Ressourcen sowie die vorzeitigen Verlegungen/Entlassungen von Patienten. Diese Aspekte können nicht direkt dem Thema Mengenentwicklung untergeordnet werden, sollen in der vorgesehenen Studie aber durchaus bedacht werden. Die Bezeichnung der im vorliegenden Artikel behandelten Teilthematik im Untertitel als „Mengenentwicklung" soll durch diese Begriffswahl nicht davon ablenken, dass es sich hierbei auch um ein brisantes medizinethisches und juristisches Problemfeld handelt. Medizinisch nicht indizierte Untersuchungen und Behandlungen haben statistisch gesehen ein Schädigungspotenzial, dem der hippokratische Grundsatz des „Primum nil nocere" entgegen steht. Auch dieser Aspekt wird hier nicht ausgeführt, wohl aber in der vorgesehenen Studie berücksichtigt.

>> Es gibt eine Vielzahl von Studien, die der Analyse der Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern gewidmet sind[1]. Darin werden die Veränderung sowohl der Zahl der stationär behandelten Fälle und der Zahl der Eingriffe als auch der des Casemix mit einer Vielzahl von Faktoren (siehe Tab. 1) erklärt. Die Ergebnisse der Studien werden auf der Grundlage allgemein zugänglicher und im Regelfall über alle Krankenhäuser aggregierter Daten erarbeitet. Es ist gewissermaßen der Blick von außen, der es den Versorgungsforschern erlaubt, die Mengenentwicklung zu interpretieren.

Die Autoren der ausgewerteten Studien beschreiben die Entwicklung der Fall- und Eingriffszahlen sowie die des Casemix und kommen zu dem Ergebnis, dass – entgegen der Behauptungen, die vielfach den Medien zu entnehmen sind – mit der demografischen Entwicklung, dem medizinischen und medizin-technischen Fortschritt sowie der Einführung der Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) allein die Mengenentwicklung nicht begründet werden kann; sie suchen deshalb auch nach anderen Erklärungen. Der Einfluss der wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser auf die Mengenentwicklung wird kurz erwähnt, aber nicht weiter analysiert; es bedarf deshalb – darauf wird immer wieder hingewiesen – weiterer Untersuchungen. Weitere Faktoren – wie die vorhandenen Überkapazitäten oder die Reduzierung der staatlichen Investitions-Finanzierung – und deren Einfluss auf strategische Entscheidungen des Krankenhausmanagements und damit deren möglicher Einfluss auf die Mengenentwicklung werden ebenfalls nicht in die ausgewerteten Analysen einbezogen.

Die Ergebnisse der Studien und die Methoden, auf deren Grundlage die Analyse-Ergebnisse erarbeitet werden, bleiben in der Literatur nicht unwidersprochen[2]. Es wird bestritten, dass sich mithilfe bestimmter Eingriffe, wie zum Beispiel der Wirbelsäulenoperationen, Gewinne erzielen lassen und dass damit die markanten Zuwachsraten bei dieser Art der Behandlung vor allem erklärt werden könnten[3]. Es wird darauf hingewiesen, dass die Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern kein neues Phänomen ist und nicht nur als Folge der Einführung des pauschalierenden G-DRG-Entgeltsystems charakterisiert werden kann.

Faktoren möglicher Mengenentwicklung

- die demografische Entwicklung der Bevölkerung,
- die Erwartungen der Patienten, die gestiegen sind in Folge der Entwicklung vieler Eingriffe zu Routine-Eingriffen, und deren Rolle bei Entscheidungen über die Aufnahme in die stationäre Behandlung,
- der medizinische und medizin-technische Fortschritt sowie die daraus resultierenden Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB),
- das Erfinden neuer Krankheiten,
- Leistungsverschiebungen,
- der Ausbau der Großgeräteinfrastruktur,
- der Ausbau der Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern als Reak tion auf Defizite in der Kassenärztlichen Notfallversorgung,
- die Veränderungen der Versorgungslandschaft-Strukturen,
- die Indikationsqualität,
- diverse (Fehl-)Anreize des pauschalierenden G-DRG-Entgeltsystems,
- Fehlanreize durch Ziel- und Bonusvereinbarungen als Gegenstände von Chefarztverträgen,
- die Beschäftigung von operierenden Beleg- und Konsiliarärzten in Krankenhäusern,
- die Kostenstruktur der Krankenhäuser und
- die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser

Tab. 1: Faktoren, mit denen die Mengenentwicklung erklärt wird (Beispiele).

In den für den vorliegenden Beitrag ausgewerteten Studien wird nicht unterschieden zwischen

- externen, vom Krankenhausmanagement im Regelfall nicht beeinflussbaren, die Mengenentwicklung determinierenden Faktoren (wie zum Beispiel die demografische Entwicklung) und
- Faktoren, die geprägt werden durch unternehmerische Entscheidungen des Krankenhausmanagements als Reaktion auf externe Veränderungen und die mittelbar zu der Mengenentwicklung beitragen können (wie zum Beispiel der Ausbau der Großgeräteinfrastruktur, von Abteilungen oder der Abschluss von Chefarztverträgen, in denen Boni für den Fall des Erreichens vorher vereinbarter Ziele vorgesehen sind).

Hinzu kommt, dass in den ausgewerteten Studien

- das Entscheidungsverhalten der Krankenhaus-Akteure – das sind die Geschäftsführer/Vorstände der Krankenhäuser, die Leiter klinischer Abteilungen und die Ärzte[4] – und vor allem
- die Kriterien, die den patientenbezogenen und unternehmerischen Entscheidungen zugrunde gelegt werden, sowie
- die Steuerung des Entscheidungsverhaltens durch Zielvereinbarungen, Bonus-Verträge und ähnliche Instrumente,

durchweg nur ganz am Rande erwähnt und als Erklärung für die Mengenentwicklung nicht berücksichtigt werden. Indem aber auf die erwähnte Unterscheidung zwischen den beiden Arten von Einflussfaktoren und auf das Einbeziehen des Entscheidungsträger-Verhaltens in die Analyse der Mengenentwicklung verzichtet wird, kann die Mengenentwicklung – nur gestützt auf die Wirkungen der eingangs schon genannten Einflüsse – nicht schlüssig belegt werden. Strategien zur wirksamen Beseitigung der Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung und zum Abbau der Verschwendung von Ressourcen[5] können nicht entwickelt werden.

Die MSV®[6]-gestützte Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ soll diese Lücke schließen. Es wird danach gefragt, anhand welcher Kriterien – medizinischer und/oder finanzieller Art – der Arzt unter mehreren möglicherweise zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen die für das Erreichen des Behandlungsziels am besten geeignete auswählt und anhand der so herbeigeführten Entscheidung die Mengenentwicklungen beeinflusst. Es wird ferner danach gefragt, welches die Motive und Einstellungen des Arztes sind, die dessen Auswahl und Gewichtung der Entscheidungskriterien bestimmen. Schließlich interessiert, wer möglicherweise sonst noch außer dem für die Behandlung des Patienten verantwortlichen Arzt dessen patientenbezogenen Entscheidungen mittels welcher Instrumente beeinflusst.

Bevor das Konzept der Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ beschrieben wird, werden die Ergebnisse der gesichteten Studien sowie die eigener Untersuchungen in gebotener Kürze referiert, um daraus den weiteren Analyse-Bedarf ableiten zu können.

Wie kommt es zu den Mengenentwicklungen?

Einführung

Die Faktoren, die den ausgewerteten Studien entnommen werden können (siehe Tab. 1), aber nicht nur diese, beeinflussen auf unterschiedliche Weise die durch Ärzte zu fällenden patientenbezogenen Entscheidungen und damit die Mengenentwicklung (siehe Abb. 1). Dieser Einfluss wird entweder direkt wirksam oder durch die Veränderungen der Rahmenbedingungen für patientenbezogene Entscheidungen; Letztere sind das Ergebnis unternehmerischer Entscheidungen, die in Folge der Veränderungen der Unternehmens-Umwelt gefällt werden.

- Zu einer ersten Gruppe der Einflussfaktoren zählen die demografische Entwicklung, die Erwartungen der Patienten sowie der medizinische und medizin-technische Fortschritt. Diese Faktoren zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl direkt als auch über den Weg veränderter Rahmenbedingungen die patientenbezogenen Entscheidungen beeinflussen. So werden neue Erkenntnisse zum Beispiel hinsichtlich der Behandlung des Prostata-Karzinoms, die strukturelle Veränderungen nicht bedingen, vom Arzt direkt umgesetzt, um neue Gruppen von Patienten erschließen zu können. Wenn dagegen eine neue Therapie-Strategie den Einsatz eines neuen Gerätes und/oder die Verfügbarkeit über in der Krankenhaus-Apotheke bisher nicht bevorrateter Arzneimittel voraussetzt, ist eine Investitions-Entscheidung der Geschäftsführung und/oder die Entscheidung der Arzneimittel-Kommission zwecks Einführung des neuen Arzneimittels erforderlich; der Arzt ist hinsichtlich seines Handelns von der Veränderung der einschlägigen Rahmenbedingungen abhängig.
- Bei einer zweiten Gruppe von Einflussfaktoren, dazu zählen unter anderem
  - die Reduzierung der staatlichen Investitionsfinanzierung,
  - die vorhandenen Überkapazitäten,
  - die Gewinnerwartungen der Krankenhaus-Eigentümer,
  - die Bewertungsrelationen, die nicht immer die Kostenstruktur der Krankenhäuser zutreffend abbilden,
  - die Differenz zwischen dem jährlich durch die Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen festzusetzenden Veränderungswert[7] und der tatsächlichen Kostenentwicklung sowie
  - die unzureichende ambulante Notfallversorgung durch die niedergelassenen Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen,

handelt sich um solche, deren Ausprägung als Datum hingenommen werden muss. Das Krankenhausmanagement reagiert auf Veränderungen dieser Einflussfaktoren durch unternehmerische Entscheidungen und schafft damit den für den Arzt im Regelfall verbindlichen Rahmen für patientenbezogene Entscheidungen.

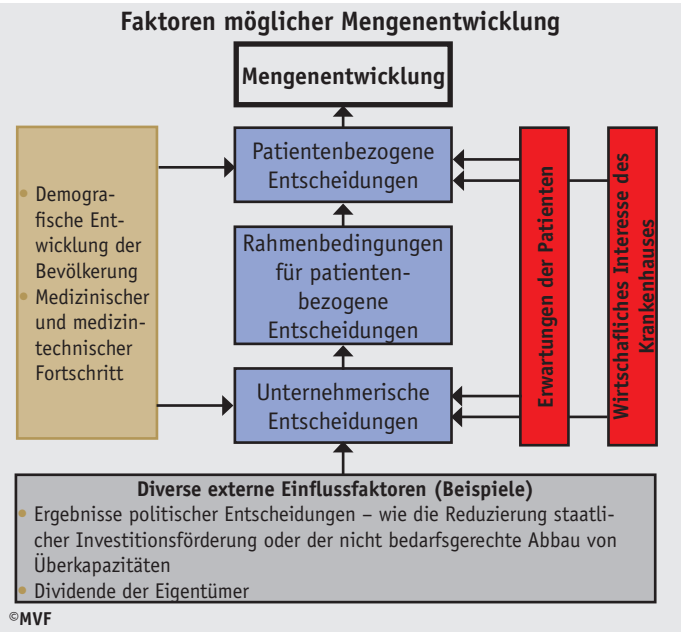


Abb. 1: Faktoren, die die Mengenentwicklung beeinflussen.

Die Ergebnisse der unternehmerischen Entscheidungen des Krankenhausmanagements und damit die Art und das Ausmaß der Entwicklung der Zahl der stationär behandelten Fälle, der Zahl der Eingriffe und des Casemix werden durch die wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses bestimmt. Das Krankenhausmanagement wird die Rahmenbedingungen für patientenbezogene Entscheidungen den Veränderungen externer Einflussfaktoren so anpassen, dass eventuell drohende Verluste vermieden bzw. ein angemessener Gewinn erwirtschaftet und damit das Angebot an medizinischen Leistungen und an attraktiven Arbeitsplätzen möglichst dauerhaft gesichert werden kann.

Determinanten der Mengenentwicklung

Die demografische Entwicklung

Die Autoren der verschiedenen Studien zur Mengenentwicklung weisen darauf hin, dass die Alterung der Bevölkerung ein Grund ist für die höhere Inanspruchnahme der stationären Behandlung. Die demografischen Veränderungen reichen aber – das wird immer wieder betont – allein bei weitem nicht aus, um die Zunahme der Fallzahlen erklären zu können[8].

Der demografisch bedingte Anstieg der Fallzahlen ist krankheitsartenspezifisch. So wird der Einfluss des Alterns der Bevölkerung auf die zunehmende Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen gänzlich ausgeschlossen[9]. Im Zusammenhang mit Defibrillatorimplantationen zum Beispiel lassen sich etwa 10% der in den letzten Jahren zu beobachtenden Zunahmen der Fallzahlen auf das Altern der Bevölkerung zurückführen[10].

Erwartungen der Patienten

In den letzten Jahren sind viele Eingriffe – das gilt unter anderem für den Hüft- und Kniegelenkersatz – zu Routine-Eingriffen geworden. Die nicht zuletzt durch wirtschaftliche und medizinisch-fachliche Gründe erfolgte Spezialisierung vieler Kliniken hat dazu sicher beigetragen. Dadurch ist die Bereitschaft der Patienten gestiegen, sich einschlägigen Operationen zu unterziehen[11]. Ob überhaupt und wenn ja, in welchem Umfang dieser Faktor zur Steigerung der Mengen beigetragen hat, bleibt allerdings offen.

Patienten sind immer umfassender informiert und sich ihrer politisch geförderten Rechte bewusst. Sie sind deshalb ein Korrektiv für medizinisch eventuell nicht ausreichend begründete Entscheidungen für die Aufnahme in die stationäre Behandlung[12].

Medizinischer und medizin-technischer Fortschritt und die Einführung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Die Weiterentwicklung der Medizin und der Medizin-Technik äußert sich in einer Ausdifferenzierung medizinischer Angebote sowie in der Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen – insbesondere, aber nicht nur – im Zusammenhang mit dem Älterwerden der Bevölkerung. Die in den letzten Jahren entwickelten Operations- und Narkosemethoden (einschließlich verbesserter medikamentöser Abschirmung) ermöglichen es, auch noch kompliziertere Operationen bei multimorbiden und hochbetagten Patienten erfolgreich zu realisieren. Wenn aber vor allem die älteren Patienten von dieser Entwicklung profitieren, indem deren Krankheiten überhaupt erst einer Behandlung zugänglich gemacht werden (bei den jüngeren Patienten werden die bisher praktizierten Methoden durch die neueren substituiert), fragt es sich, in welchem Umfang mit der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung die Mengenentwicklung erklärt werden kann. Der geringe Anteil der alten und hochbetagten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten, die sich Eingriffen der weiterentwickelten Art unterzogen haben, spricht eher dafür, dass auch mit diesen Argumenten die sehr starke Mengenentwicklung nicht erklärt werden kann[13].

Die Krankenhäuser melden – gewissermaßen als Ergebnis des medizinischen und medizin-technischen Fortschritts – dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich etwa 600 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zur Prüfung an. Von diesen werden nach einem mehrstufigen Prüfverfahren jährlich etwa 50 als Fallgruppen in das G-DRG-System integriert[14] und damit mengenrelevant. Andere können – wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden – angewendet und als Zusatzentgelte abgerechnet werden; sie tragen damit zur Steigerung des Erlöses bei, sie werden aber nicht Gegenstand der Mengenstatistiken. Mit der Einführung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) kann deshalb die Mengensteigerung wenn überhaupt, dann aber nur mit geringen Beiträgen erklärt werden.

Diverse (Fehl-)Anreize des pauschalierenden G-DRG-Entgeltsystems

Beobachtungen in der Praxis geben zu der Vermutung Anlass, dass die zu konstatierende Mengenentwicklung einer ganzen Reihe von dem G-DRG-System immanenten oder diesem bedingt zurechenbaren (Fehl-)Anreizen zugeschrieben werden kann:

- Die Abbildung von Mehrfachleistungen im G-DRG-System ist nur sehr eingeschränkt möglich[15]. Nicht selten kreieren Krankenhäuser deshalb einen neuen Fall, indem sie den Patienten nach der ersten Behandlung erneut aufnehmen und damit zur Mengensteigerung beitragen.
- Das Erhöhen der „Preise" für die Krankenhaus-Leistungen ist eine der Ursachen für die Zunahme der Zahl der behandelten Patienten[16]. Uneinig sind sich die Experten hinsichtlich der Wirkung des sogenannten Hamsterrad-Effektes auf die Mengenentwicklung; wenn Preise (= Bewertungsrelationen) gesenkt werden – so die Annahme –, reagieren die Anbieter mit der Ausweitung ihres Angebotes.
- Der technologische Fortschritt hat insbesondere in den Abteilungen der chirurgischen Fachgebiete zu Effizienzsteigerungen geführt, die allerdings bisher nur unzureichend in den Bewertungsrelationen nachvollzogen worden sind. Deshalb können vor allem dort Gewinne erwirtschaftet werden. Hinzu kommt die vorwiegend chirurgische Weiterbildung der Ärzte. Beide Entwicklungen zusammen genommen haben dazu beigetragen, dass die Indikation deutlich zur chirurgischen Seite hin verlagert wurde[17]. Möglicherweise ist auch die steigende Zahl der Wirbelsäulenoperationen anstelle einer konservativen Behandlung von Rückenschmerzen darauf zurückzuführen.

Es kann vermutet werden, dass die Krankenhäuser diese Entwicklung festigen und in den Ausbau der chirurgischen Fachgebiete investieren werden[18]. Dort entstehen dadurch weitere Überkapazitäten, die durch die Aufnahme und Behandlung zusätzlicher, operativ zu behandelnder Patienten refinanziert werden.

- Eine deutliche Steigerung des Casemix ist auch in dem Leistungsbereich Langzeitbeatmung zu beobachten[19]. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklung unter anderem durch die sehr hohen Bewertungsrelationen für operative Eingriffe mit anschließender Langzeitbeatmung, durch die höchst unterschiedlichen, von der Dauer der Beatmung abhängigen Bewertungsrelationen und durch die für diese Fallpauschalen möglicherweise jeweils günstige Kosten-Erlös-Relation beeinflusst wird.

Die unterschiedliche Entwicklung der Fallzahlen mit unterschiedlichen Bewertungsrelationen wird beispielhaft anhand dreier Arten von Lebertransplantationen dargestellt (siehe Abb. 2). Dabei fällt auf,

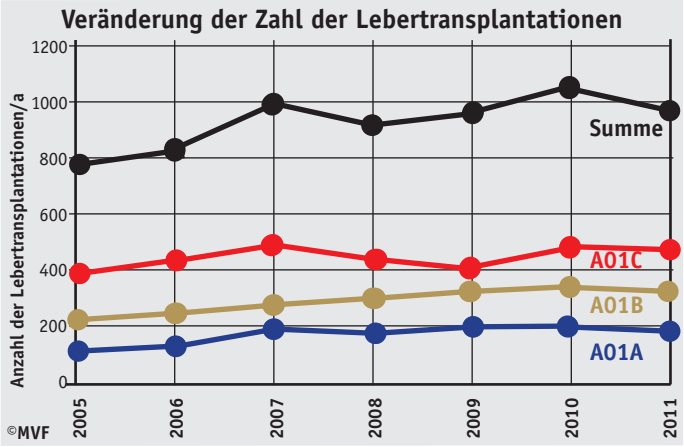


Abb. 2: Veränderung der Zahl der Lebertransplantationen in der Zeit zwischen 2005 bis 2011 (eigene Darstellung; Quelle. Statistisches Bundesamt).

dass die Zahl der Fälle bei den Behandlungsarten Prä-MDC[20]-A01A (Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation) und Prä-MDC-A01B (Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre) mit den besonders hohen Bewertungsrelationen (31,636 bzw. 15,545)[21] mit 46,3% bzw. 40,0% deutlich stärker zugenommen hat als die Zahl der Fälle mit 17,6% bei der Behandlungsart Prä-MDC-A01C (Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre) mit einer Bewertungsrelation 11,898[22].

- Die Mengenentwicklung, insbesondere die Zunahme des Casemix, wird möglicherweise auch durch den Anstieg der Basisfallwerte (BFW) verursacht[23]. Die Krankenhäuser bieten – normalen Marktbedingungen folgend – nach einer Erhöhung der BFW jene Produkte in größerer Zahl an, mit denen sie schon vor der BFW-Erhöhung einen kleinen Gewinn erwirtschaften konnten. Dieses ist wahrscheinlich bei den Leistungen der operativ tätigen Fachgebiete der Fall und erklärt die Mengenentwicklung vor allem in diesen Leistungsbereichen.
- Zu den Faktoren, die die Mengenentwicklung beeinflussen, gehören auch die Grenzkosten und der zwischen den Vertragspartnern (Krankenkassen und Krankenhäuser) zu vereinbarende Mehr- bzw. Mindererlösausgleich und deren jeweils konkrete Ausprägung. Die Grenzkosten sind jene Kosten, die verursacht werden durch die Behandlung eines im Vergleich zum vereinbarten Budget zusätzlichen Patienten. Dazu zählen im Regelfall zum Beispiel die Kosten, die durch den Einsatz der zusätzlich notwendigen Mitarbeiter und durch den Verbrauch von Medikamenten, Lebensmittel und ähnlichem bewirkt werden. Der Mehrerlösausgleich wird fällig, wenn ein im Vergleich zum vereinbarten Budget zusätzlicher Patient behandelt wird, und zwar idealerweise in dem Umfang der in dem Erlös für diesen Patienten enthaltenen fixen Kosten. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit dem vereinbarten Budget die Fixkosten des Krankenhauses ausgeglichen werden, sodass zusätzlich nur noch die für den zusätzlichen Patienten anfallenden variablen Kosten vergütet werden müssen. Der Mindererlösausgleich stellt sicher, dass bei rückläufiger Inanspruchnahme dem Krankenhaus mindestens die Fixkosten vergütet werden.

Wenn als Mehrerlösausgleich zum Beispiel 65% vereinbart werden und damit davon ausgegangen wird, dass zur Deckung der variablen Kosten 35% des Erlöses zur Verfügung stehen, die variablen Kosten für die Behandlung einer bestimmten Diagnose als Ergebnis verbesserter Behandlungs- und Supportprozesse und Strukturen tatsächlich aber nur 30% der Gesamtkosten ausmachen, ist das Krankenhaus daran interessiert, die Zahl der Patienten mit dieser Diagnose zu steigern. Dieser Zusammenhang konnte durch die referierten Studien belegt werden[24].

Wenn ein Krankenhaus mit den Krankenkassen Leistungen vereinbart, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr im Erlösbudget des nächsten Kalenderjahres zusätzlich berücksichtigt werden sollen, wird deren Vergütung um einen Vergütungsabschlag reduziert[25]. Der Vergütungsabschlag macht für die Jahre 2013 und 2014 25% aus. Auch in diesem Zusammenhang gilt: Wenn die variablen Kosten durch einschlägige Investitionen gesenkt werden konnten und geringer als 25% sind, ist das Krankenhaus daran interessiert, diese Mehrleistungen zu erbringen.

Gewinnerwartungen der Eigentümer

Die Eigentümer der Krankenhäuser in privater, aber auch in öffentlich-rechtlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft erwarten eine angemessene Verzinsung des von ihnen zur Verfügung gestellten Kapitals. Der dafür erforderliche Gewinn kann unter anderem erwirtschaftet werden, indem mehr Patienten vor allem in den Leistungsbereichen mit hohen Bewertungsrelationen und möglichst positiven Kosten-Erlös-Relationen behandelt werden. In welchem Ausmaß dieser Faktor zur Mengensteigerung beiträgt, ist allerdings offen.

Die Bedeutung dieses Einflussfaktors dürfte in Zukunft zunehmen. Immer mehr Krankenhäuser in bisher öffentlich-rechtlicher Trägerschaft werden an private Krankenhausträger verkauft.

Reduzierung der staatlichen Investitions-Finanzierung

In der Zeit zwischen 1993 und 2008 ist das durch Fördermittel finanzierte Investitionsvolumen von jährlich 3,9 Mrd. Euro auf nur noch knapp 2,7 Mrd. Euro zurückgegangen[26]. Der Investitionsbedarf hat dagegen eher zugenommen. Die Krankenhäuser müssen deshalb Investitionen selbst finanzieren. Das können diese nur dadurch, indem sie Gewinne – mittels der Steigerung der Zahl der Fälle und dadurch der Erlöse und/oder der Senkung der Kosten – erwirtschaften, die sie für die Finanzierung von Investitionen verwenden. Die Stärke des Einflusses auf die Mengenentwicklung auch dieses Faktors ist offen.

Überkapazitäten

Deutschland verfügt laut OECD-Studie 2013 im internationalen Vergleich über eine sehr hohe Zahl an Krankenhausbetten[27]. Diese Überkapazitäten werden vor allem darauf zurückgeführt, dass die Patienten immer weniger lang in der stationären Behandlung verweilen müssen; viele Krankheiten werden nicht mehr stationär, sondern ambulant behandelt. Die dadurch überflüssig gewordenen Behandlungskapazitäten im stationären Bereich werden nicht adäquat abgebaut.

Die Folgen der Überkapazitäten sind hohe Fixkosten, die nur dann gedeckt werden können, wenn eine möglichst große Zahl von Fällen mit jeweils hoher Bewertungsrelation abgerechnet werden kann. Viele Krankenhäuser versuchen deshalb, die Zahl der Patienten und die diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu Lasten anderer Krankenhäuser zu steigern.

Differenz zwischen Veränderungswert und realer Kostenentwicklung

Der Veränderungswert legt fest, um wie viel die Basisfallwerte jährlich gesteigert werden dürfen. Der Veränderungswert orientiert sich an der Kostenentwicklung in der Vergangenheit. Er hinkt deshalb der

Literatur

1) Vgl. unter anderem Augurzky, B. etal.: Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Endbericht, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftforschung, Essen 2012; Blum, K.; Offermanns, M.: Einflußfaktoren des Fallzahl- und Case-Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf 2012; Felder, St. etal.: Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Friedrich, J., Günster, C.: Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005, Stuttgart 2006; Fürstenberg, T. etal. (2011): Fürstenberg, T. etal.: G-DRG-Begleitforschung gemäß §17b Absatz 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 – 2008), Berlin 2011; Fürstenberg, T. etal. (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäß §17b Absatz 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 – 2010), Berlin 2013; Fürstenberg, T.; Schiffhorst, G.: Mengenentwicklung und deren Determinanten in ausgewählten Bereichen der Kardiologie, in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Lüngen, M., Büscher, G.: Mengensteigerungen in der stationären Versorgung: Wo liegt die Ursache? in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Schäfer, T. etal. (2012): Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hüft- und Knieendoprothesen, in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012 – Regionalität, Stuttgart 2012; Schäfer, T. etal. (2013): Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen, in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Schmidt, C.M. (Schriftführer): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen Endbericht – April 2012, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftforschung, Essen 2012; Wasem, J. etal.: Mengenentwicklung im Krankenhaus – Neue Instrumente erforderlich. ersatzkasse magazin, 2012, Ausgabe 7./8), S. 30–31; Zimmermann, D.A.: Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen – Mythen als Legitimationsmuster, herausgegeben vom BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung, München o.J: Bertelsmann Stiftung: Faktencheck Knieoperation, in: https://knieoperation.faktencheck-gesundheit.de/fachinformation/handlungsempfehlungen/, 25.10.2013, 19:17
2) Vgl. Domurath, B., Raddatz, J.: Mehrleistungen im Krankenhaus: Too much or not enough medicine? (I), in: das Krankenhaus, Heft 7, 2013, S. 700 – 708 und Domurath, B., Raddatz, J.: Mehrleistungen im Krankenhaus: Too much or not enough medicine? (II), in: das Krankenhaus, Heft 8, 2013, S. 800 – 808
3) Vgl. Domurath, B.; Raddatz, J. (II), S. 806
4) Patientenbezogene Entscheidungen werden nicht nur von einem Arzt, sondern auch von Vertretern anderen Berufsgruppen gefällt. Der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur der Arzt als Entscheidungsträger genannt.
5) Wenn im Folgenden immer wieder von Ressourcen-Knappheit gesprochen wird, dann ist damit im Regelfall die Knappheit an qualifizierten und motivierten Mitarbeitern gemeint.
6) MSV = Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus
7) Der Veränderungswert begrenzt als Obergrenze die Entwicklung der Vergütungen in der stationären Krankenhausbehandlung.
8) Vgl. Felder, St. etal.: S. 107
9) Vgl. Schäfer, T. etal. (2013), S. 126
10) Vgl. Fürstenberg Th.; Schiffhorst, G.: a.a.O., S. 144 f.
11) Vgl. Schäfer, T. etal. (2012), S. 58 und Blum, K.; Offermanns, M., S. 17
12) Vgl. Blum, K.; Offermanns, M., S. 17
13) Vgl. Schäfer, T. etal. (2013), S. 126
14) Vgl. Domurath, B.; Raddatz, J. (II), S. 802
15) Vgl. Roeder, N. etal.: Ein lernendes Vergütungssystem. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem, in: Klauber, J. etal. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007 – Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart 2008, S. 31
16) Vgl. Augurzky, B. etal., S. 27
17) Vgl. Schäfer, T. etal. (2013), S. 112.
18) Ergebnis eigener, noch unveröffentlichter Recherchen
19) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 446
20) MDC = Major Diagnostic Category
21) Aus dem Fallpauschalen-Katalog 2011
22) Aus dem Fallpauschalen-Katalog 2011
23) Vgl. Felder, St. etal. S. 102 ff.
24) Vgl. Felder, St. etal. S. 106
25) Vgl. Behrends, B., S. 22
26) Vgl. Malzahn, J.; Wehner, Chr.: Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf, in: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, S. 111
27) Vgl. OECD Health Division: MANAGING HOSPITAL VOLUMES – GERMANY AND EXPERIENCES FROM OECD COUNTRIES April 2013; S. 3
28) Vgl. Zimmermann, D.A., S. 61 ff.
29) Vgl. Frances, A.: Normal, Köln 2013
30) Vgl. Augurzky, B. etal., S. 37 ff.
31) Vgl. Blum, K.; Offermanns, M., S. 61
32) Vgl. Schäfer, T. etal. (2012), S. 58
33) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 446
34) Vgl. Fürstenberg, T.; Schiffhorst, G., S. 145 ff.
35) Vgl. Felder, St. etal., S. 107
36) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 439
37) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 440
38) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 440
39) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 469 f.
40) Vgl. Fürstenberg, T. etal. (2013), S. 470
41) Ergebnis eigener, noch unveröffentlichter Recherchen
42) Vgl. Blum, K.; Offermanns, M., S. 15 f.
43) Vgl. Behrends, B.: Praxishandbuch Krankenhausfinanzierung – Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz, Bundespflegesatzverordnung, 2. Auflage, Berlin 2013, S. 45
44) Vgl. Schäfer, T. etal. (2013), S. 127
45) Vgl. Schäfer, T. etal. (2012), S. 56 f. und die dort erwähnte Studie aus Großbritannien
46) Vgl. Glaser, B.G.; Strauss, A.L.: Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung, 2., korrigierte Auflage, Bern 2005, S. 12 ff.

jeweils aktuellen Kostentwicklung – so war es jedenfalls in den letzten Jahren – hinterher. Die Schere zwischen den Erlösen des Krankenhauses und seinen Kosten geht immer weiter auf.

Zwei Strategien sind es offenbar, mit denen die Krankenhäuser auf diese Herausforderungen antworten:

- Sie verbessern die Arbeitsabläufe und steigern damit die Produktivität und die Effizienz der Patienten-Behandlung. Das ist bisher offenbar besonders gut für die operativen Fachgebiete gelungen.
- Sie versuchen, das Leistungsvolumen zu steigern, um auf diese Weise die Kapazitäten besser auslasten und ihre Fixkosten konsequenter decken zu können, um damit Verluste zu vermeiden.

Erfinden neuer Krankheiten[28]

Krankheiten sind keine begrifflich klar vorfindlichen Phänomene. Symptome müssen in ihren Zusammenhängen erforscht und verstanden werden. Ob ein solches Phänomen dann „Krankheitswert" haben soll oder nicht, ist eine Frage des Ermessens und beteiligter Interessen. Zudem entstehen neue Erkrankungen beispielsweise durch genetische Mutationen bei Krankheitserregern oder im Menschen selbst. Mit zunehmender Ausdifferenzierung der Medizin werden deshalb „neue Krankheiten" beschrieben und erfasst. Während diese Entwicklungen im Regelfall zweifellos sinnvoll sind, ist jedoch auch nicht von der Hand zu weisen, dass eine Reihe „neuer Erkrankungen" durch wirtschaftliche Interessen entsteht. Dies lässt sich am deutlichsten im Feld der Psychiatrie erkennen.

Seit 1996 stieg die Zahl der Krankenhausfälle wegen Psychischer und Verhaltensstörungen von jährlich 916 Tsd. um ca. 30% auf jährlich 1.192 Tsd. (siehe Abbildung 3); die Kapazitäten für die stationäre Behandlung dieser Diagnosen wurden entsprechend angepasst. Diese Entwicklung ist möglicherweise zurückzuführen auf die Zunahme der Zahl der Beschreibungen Psychischer und Verhaltensstörungen in dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) von etwa 200 in der deutschen Ausgabe des im Jahr 1984 erschienenen DSM-III auf 395 des DSM-IV, der im Jahr 1996 in deutscher Sprache und im Jahr 2003 in einer Text-Revision veröffentlicht wurde. Allen Francis, der viele Jahre Vorsitzender der DSM-Kommission war, warnte in seinem 2013 veröffentlichten Buch „Normal" vor einer „Inflation" psychiatrischer Diagnosen[29]. Welchen Beitrag das Erfinden neuer Krankheiten zu der Mengenentwicklung insgesamt geleistet hat, ist bisher nicht untersucht worden.

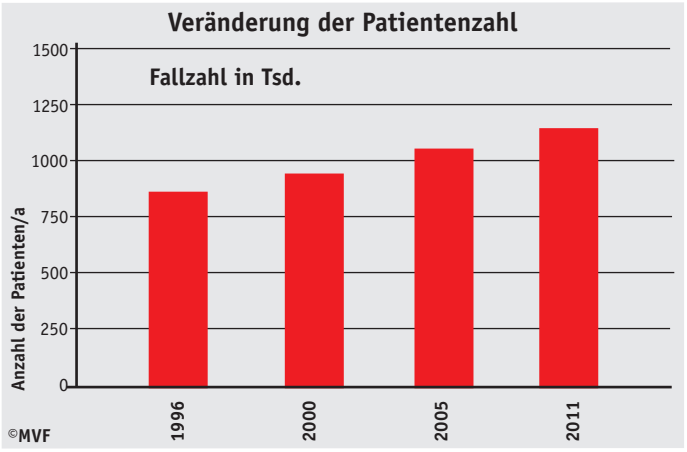


Abb. 3: Entwicklung der Zahl der stationär wegen psychischer und Verhaltensstörungen (ICD 10: F00 – F99) behandelten Patienten (Eigene Darstellung – Quelle: Statistisches Bundesamt).

Indikationsqualität

Der Einfluss der Indikationsqualität auf die Mengenentwicklung wird sehr uneinheitlich beurteilt:

- Eine Gruppe von Autoren geht davon aus, dass die Mengensteigerungen auf die nicht ausreichende Qualifikation und Erfahrung der Ärzte und der daraus resultierenden Unsicherheit hinsichtlich der Indikationsstellung zurückzuführen sind. Es wird angenommen, dass unerfahrene Ärzte dazu neigen, Patienten vorsorglich in die stationäre Behandlung aufzunehmen, auch wenn dieses vielleicht nicht unbedingt erforderlich ist. Diese Autoren schlagen deshalb als Instrumente zur Eindämmung des Mengenwachstums Maßnahmen zur Verbesserung der Indikationsqualität vor[30].
- Andere Autoren dagegen belegen anhand ausgewählter Leistungsbereiche, dass die Indikationsqualität in den letzten Jahren deutlich gesteigert werden konnte. Sie sehen in der Indikationsqualität keine Ursache für die Mengensteigerungen und deshalb auch keinen Handlungsbedarf[31].

Wirtschaftliche Interessen der Krankenhäuser

Vielfach wird von Ärzten, Krankenpflegekräften und anderen Krankenhaus-Mitarbeitern – wie auch von Autoren der ausgewerteten Studien[32] – die Ansicht vertreten, das Krankenhaus verfolge im Zusammenhang mit den zu fällenden strategischen Entscheidungen eigene wirtschaftliche Interessen. Diese werden als Konkurrenz zu den Bedürfnissen der Patienten und die patientenbezogenen Entscheidungen der Ärzte beeinflussend wahrgenommen. Es fragt sich deshalb im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung, worin das wirtschaftliche Interesse eines Krankenhauses besteht und welchen Stellenwert dieses für die Verantwortungsträger im Krankenhaus angesichts geänderter Rahmenbedingungen hat bzw. in Zukunft haben wird und welchen Einfluss dieses auf die Mengenentwicklung haben könnte.

Wenn hier – stark vereinfachend – von dem wirtschaftlichen Interesse des Klinikunternehmens gesprochen wird, dann ist dieses dem Grunde nach wie folgt zu verstehen:

- Das wirtschaftliche Interesse des Krankenhauses besteht in dem langfristigen Bereitstellen bedarfsgerechter Behandlungskapazitäten mit dem Ziel des uneingeschränkten Zugangs von Menschen, die medizinischer Hilfe bedürfen, und in dem dauerhaften Angebot qualifizierter Arbeitsplätze – also in einem Beitrag zu der Befriedigung von Patienten- und Mitarbeiter-Bedürfnissen. Dazu bedarf es ausreichend hoher Gewinne, die in die ständige Verbesserung der Behandlungs- und Supportqualität sowie als Voraussetzung dafür in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen investiert werden.
- Das Krankenhaus ist gegenüber dem Eigentümer des Krankenhauses sowie den Krankenkassen und dem Staat als Treuhänder der Krankenkassenbeitrags- und Steuerzahler verantwortlich für den effizienten Einsatz der von diesen zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Indem das Krankenhausmanagement den Erwartungen der Krankenkassen und der Förderbehörden versucht gerecht zu werden, schafft es die Voraussetzungen für den Abschluss der für das Krankenhaus befriedigende Leistungs- (mit den Krankenkassen) und Finanzierungs- (mit den Förderbehörden) Vereinbarungen und damit für den dauerhaften Bestand des Krankenhauses.
- Schließlich ist das Krankenhaus daran interessiert, die finanziellen Interessen derjenigen zu befriedigen, die dem Krankenhaus das für dessen Existenzsicherung erforderliche Kapital zur Verfügung stellen.

Veränderung der Rahmenbedingungen für patientenbezogene Entscheidungen als Ergebnis unternehmerischer Entscheidungen

Leistungsverschiebungen

Die Zahl der stationär behandelten Patienten und die der Eingriffe sowie des Casemix haben nicht nur insgesamt zugenommen. Es zeigen sich deutliche Verschiebungen zwischen den MDCs, insbesondere zugunsten der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems), MDC 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und Prä-MDC (Sonderfälle – Beatmungsfälle, Transplantationen u.ä.). Vor allem die Leistungsbereiche Langzeitbeatmung, Bandscheibenoperation, Defibrillatorimplantation, Knie- und Hüftgelenkersatz sowie Herzklappenimplantation sind positiv betroffen[33].

Die Zuwachsraten sind bei einigen der Leistungsbereiche regional und bezogen auf die Krankenhäuser unterschiedlich verteilt[34]. Ob sich daraus eine Erklärung für die allgemeine Mengensteigerung ableiten lässt, bleibt offen.

Der Casemix ist stärker gestiegen als die Zahl der Fälle[35]. Das könnte einerseits damit erklärt werden, dass die in den Krankenhäusern stationär behandelten Patienten dort wegen komplizierterer Diagnosen behandelt werden müssen; die Zunahme der Zahl der in den Krankenhäusern ambulant behandelten und wahrscheinlich weniger schwer erkrankter Patienten könnte diese Vermutung bestätigen. Der im Vergleich zu der Zahl der Fälle stärkere Anstieg des Casemix lässt sich zum anderen damit erklären, dass in die Leistungsbereiche mit besonders hohen Bewertungsrelationen und günstigen Kosten-Erlös-Relationen investiert und dort verstärkt und offenbar auch erfolgreich um Patienten geworben wird.

Ausbau der Großgeräteinfrastruktur

Die Anzahl der in den Krankenhäusern installierten medizin-technischen Großgeräte hat in den letzten Jahren zugenommen; diese Entwicklung kommt zum Ausdruck sowohl im Ausbau schon bestehender Großgerätezentren (in größeren Krankenhäusern) als auch in der Gründung neuer Zentren (in kleineren Krankenhäusern)[36]. Für einige Arten der Großgeräte – wie Magnetresonanztomographie (MRT)- oder Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT)-Geräte – ist deren Zunahme besonders ausgeprägt seit der Einführung des pauschalierenden G-DRG-Entgeltsystems. Ein Zusammenhang zwischen dem Ausbau der Großgeräteinfrastruktur und eventuell gegebenen ökonomischen Anreizen des G-DRG-Entgeltsystems wird immerhin thematisiert, kann aber nicht belegt werden[37].

Es stellt sich auch die Frage, ob die zunehmende Anzahl von Großgeräte-Installationen dem Wettbewerb auf dem Leistungsanbieter-Markt geschuldet ist, und es kann vermutet werden, dass das in den Großgeräten gebundene Kapital mittels einer größeren Zahl stationär behandelter Patienten und den daraus resultierenden Erlöszuwächsen refinanziert werden muss[38]. Wie hoch der dadurch begründete Anteil an der Mengenentwicklung ist, bleibt offen.

Ausbau der Notfallaufnahmen in den Krankenhäusern

Die Anzahl der in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Patienten steigt kontinuierlich an[39]. Das liegt unter anderem daran, dass die Kassenärztliche Notfallversorgung nicht über die notwendigen Ressourcen verfügt und die Patienten deshalb im Bedarfsfall eine Alternative suchen[40]. Ein weiterer Grund ist in der Veränderung der Sozialstruktur der Bevölkerung zu vermuten. Die Zahl der alleinerziehenden, berufstätigen Mütter und Väter nimmt zu, und das Leistungsangebot in zeitlicher Hinsicht der niedergelassenen Haus- und Fachärzte ist nur unzureichend auf die Bedürfnisse dieser Nachfrager nach medizinischen Leistungen ausgerichtet, sodass auch diese im Bedarfsfall die Notfallaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen[41]. Hinzu kommt, dass viele Bürger aus Gründen der Bequemlichkeit die ambulante Behandlung in einer Klinik-Notaufnahme der ambulanten Behandlung durch den niedergelassenen Arzt vorziehen. Um der höheren Inanspruchnahme der Notfallaufnahmen gerecht werden zu können, um die Patienten dort nicht über Gebühr lange warten lassen zu müssen sowie um den Patientendurchlauf verbessern zu können, bauen die Krankenhäuser die Notfallaufnahmen aus.

Derzeit kommen etwa 40% der Patienten, die in die stationäre Behandlung aufgenommen werden, über die Notfallaufnahme in das Krankenhaus. Insofern kann vermutet werden, dass der Zuwachs an Notfallpatienten zu einem kleineren – nicht bekannten – Teil zur Steigerung der Fallzahlen in der stationären Behandlung beiträgt.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) weist in seinem Gutachten[42] allerdings darauf hin, dass für die Indikationsstellung und für die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die stationäre Behandlung das Mehr-Augen-Prinzip praktiziert wird. Daraus wird gefolgert, dass die Indikationsstellung und die Aufnahmeentscheidung im Regelfall nicht durch fachfremde Motive überlagert seien.

Veränderungen der Versorgungslandschaft-Strukturen

Die Zahl der stationär behandelten Patienten und der Eingriffe sowie der Casemix nehmen offenbar auch deshalb – allerdings in einem bisher nicht bezifferbaren Umfang – zu, weil sich die Strukturen der Versorgungslandschaft als Ergebnis einschlägiger unternehmerischer Entscheidungen in den letzten Jahren grundlegend geändert haben und sich vermutlich weiter ändern werden. Hier einige Beispiele:

- An den Krankenhäusern werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) etabliert. Damit werden die Mauern zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung eingerissen. Den Patienten wird geholfen, die für ihren konkreten Behandlungs-Bedarf jeweils adäquate Institution zu finden.

  Die Krankenhäuser werden – so ist zu vermuten – die MVZ nutzen, um zusätzliche Patienten für die die stationäre Behandlung zu rekrutieren. Es kann aber auch angenommen werden, dass Leistungen in den ambulanten Sektor verschoben werden, womit die Mengenentwicklung etwas abgeschwächt wird.

- Die Inanspruchnahme der Belegabteilungen nimmt zugunsten der Hauptabteilungen ab. Da die Leistungen der Belegabteilungen nicht Leistungen des Krankenhauses sind[43] und damit bisher in den Mengenstatistiken nicht gezählt worden sind, trägt auch diese Strukturveränderung zur positiven Mengenentwicklung bei.
- Die Steigerung der Patientenzahl wird unter anderem auch dadurch erreicht, indem mit niedergelassenen Ärzten der Fachrichtungen Orthopädie, Urologie und Hals-, Nasen-Ohren-Heilkunde sowie auch mit ambulant tätigen Herzchirurgen Verträge abgeschlossen werden, die diesen Ärzten OP-Kapazitäten versprechen, in denen sie „ihre" Patienten gegen ein entsprechendes Entgelt (von 950,00 Euro für den Hüftgelenkersatz ist die Rede) operieren können. Die Patienten werden in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen. Dem Krankenhaus obliegt die Behandlung der Patienten vor und nach der Operation; der Patient sieht seinen Operateur im Krankenhaus nicht mehr. Das Krankenhaus rechnet die stationäre Behandlung ab.
- Immer mehr Versorgungszentren nehmen ihren Betrieb auf – wie zum

Beispiel Wirbelsäulen- und Brustzentren. Die zunehmende Erfahrung der Experten in diesen Zentren könnte einer der Gründe dafür sein, dass sich immer mehr Menschen zu einem einschlägigen Eingriff entschließen[44] und dass die Zahl der Eingriffe insgesamt zunimmt.

- Offenbar spielt auch die regionale Verteilung der Behandlungsangebote und deren Veränderung hinsichtlich der Mengenentwicklung eine Rolle. Je kürzer die Entfernung zwischen der Wohnung eines Patienten und dem Standort eines Krankenhauses, umso eher werden dessen Leistungen in Anspruch genommen. Je länger die Wegstrecke ist, die der Patient bis zu einem Krankenhaus zurücklegen muss, umso mehr werden selektive Behandlungen hinausgeschoben[45]. Möglicherweise hängt es damit zusammen, dass die Krankenhäuser, die bisher bestimmte selektive Leistungen in nur geringerem Umfang angeboten haben, ihre Behandlungskapazitäten ausbauen. Sie liefern damit den Patienten aus ihrem näheren Einzugsbereich Argumente für die Vornahme eines Eingriffs und tragen in Folge davon zu der Mengensteigerung bei.

Zusammenfassung und Ausblick

Für die Mengenausweitung im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung wird in den zitierten Studien eine größere Zahl von Erklärungsversuchen angeboten. Dabei kommen die Autoren dieser Studien zu dem Ergebnis, dass weder die demografische Entwicklung der Bevölkerung noch der medizinische und medizin-technische Fortschritt eine ausreichende Begründung für die Zunahme der Zahl der Fälle und der Eingriffe sowie die des Casemix liefern können. Ergänzt werden deshalb die Erklärungsversuche durch Hinweise auf die Einflüsse

- von Leistungsverschiebungen,
- des Ausbaus der Großgeräteinfrastruktur sowie der Notfallaufnahmen,
- der Veränderungen der Strukturen der Versorgungslandschaft und
- der Kostenstruktur der Krankenhäuser

auf die Entwicklung der Zahl der Fälle, der Eingriffe und die des Casemix.

Es wird im Regelfall aber nicht danach gefragt, warum die Verantwortlichen in den Krankenhäusern die genannten Einflussfaktoren durch einschlägige unternehmerische Entscheidungen mit dem Ziel der Mengenausweitung gestaltet bzw. genutzt haben und welches Gewicht sie in diesem Zusammenhang den Bedürfnissen der Patienten auf der einen und den Interessen diverser anderer Stakeholder auf der anderen Seite einräumen. Und weil diese Analyse bisher fehlt und die wirklichen Ursachen für die Mengenausweitung deshalb nicht bekannt sind, können ordnungspolitische Lösungsvorschläge für eine Umkehr der Entwicklung und damit für den effektiven und effizienten Einsatz der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht erarbeitet und erörtert werden.

Anhand der bisherigen Ausführungen lassen sich unter anderem die nachstehend genannten Forschungsfragen identifizieren:

- Welche patientenbezogenen Entscheidungen werden möglicherweise nicht nur zwecks Befriedigung der Patientenbedürfnisse nach Heilung und Linderung ihrer Leiden und Behinderungen gefällt, sondern auch, um die Bedürfnisse anderer Stakeholder – Mitarbeiter, Eigentümer, Krankenkassen, Staat und andere – befriedigen zu können,?
- Welches Gewicht haben dabei die Interessen der anderen Stakeholder im Vergleich zu den Bedürfnissen der Patienten?
- Warum werden bei bestimmten patientenbezogenen Entscheidungen nicht nur die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt?
- Wer fällt patientenbezogene Entscheidungen und – wenn es der für einen Patienten verantwortliche Arzt ist – wer beeinflusst diese außerdem auf welche Weise?
- Lassen sich Ärzte und andere Mitglieder der therapeutischen Teams durch Zielvereinbarungen, Bonusverträge und/oder andere Management-Instrumente (wie zum Beispiel Abteilungs-Budgets) dazu bewegen, bei ihren patientenbezogenen Entscheidungen auch andere als medizinische Kriterien zu berücksichtigen?
- Zusätzlich zu diesen empirisch-analytischen Fragestellungen werden ethische Fragen aufgeworfen: Wie weit sind ökonomische Aspekte bei medizinischen Entscheidungen moralisch vertretbar, wann wären sie legitim, wann sogar notwendig?
- Die ethischen Fragen machen ihrerseits eine Differenzierung des Begriffs „Ökonomisierung“ erforderlich:
  - Was ist unter „Ökonomisierung“ der Medizin zu verstehen?
  - Was leistet „Ökonomisierung“ über mögliche Rationalisierungen oder Gewinnorientierungen hinaus?
  - Ermöglicht sie auch einen Abgleich zwischen Kollektivinteressen (Beitrags- und Steuerzahler) und Individualinteressen der Patienten?
  - Wieweit sind Ökonomisierungsprozesse mit Aspekten der Gerechtigkeit in Bezug auf das Aufbringen und die Verteilung von Ressourcen verknüpft?

Das Studienkonzept

Die begonnene Studie stützt sich nicht auf Routinedaten der Kliniken, die allenfalls indirekt auf konkretes Entscheidungsverhalten schliessen lassen. Stattdessen werden erprobte qualitative sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden eingesetzt. Die Fragestellung nach dem Einfluss ökonomischer Faktoren auf medizinische Entscheidungen wird direkt angegangen, indem Entscheidungsträger in Kliniken nach ihren Erfahrungen, ihrem Entscheidungsverhalten und ihren Einstellungen dazu befragt werden. Die Grundlage bilden dabei persönliche Befragungen im direkten Gespräch. Bevorzugt werden Einzelgespräche, es werden aber auch Gruppengespräche (u.a. Fokusgruppen) durchgeführt. Diese Gespräche erfolgen unter dem Schutz garantierter Anonymität. Sie ermöglichen Rückfragen beider Seiten (der Befragten und der Interviewer) und erhöhen damit die Spezifität der Antworten.

Den Gesprächen liegt ein Leitfaden mit zunächst wenigen, eher allgemeinen Fragen zugrunde, der im Verlauf der Pilotinterviews schrittweise weiter konkretisiert wird. Damit können neuartige Aspekte aufgenommen bzw. eingearbeitet werden, die nicht von vornherein vom Untersuchungsdesign beachtet worden sind. Methodologisch orientiert sich die Untersuchungsarbeit am Konzept der von Glaser und Strauss entwickelten „Grounded Theory“[46] und den Weiterentwicklungen qualitativer Untersuchungsverfahren. Es handelt sich in dieser ersten Phase um ein qualitatives Forschungskonzept, das nach Abschluss durch einen quantifizierenden Untersuchungsschritt (Phase 2) ergänzt werden soll. Letzterer setzt einen Fragebogen ein und wird ein größeres Kollektiv (gegebenenfalls eine sorgfältige Stichprobenauswahl) zur Grundlage haben.

Befragt werden ausgewählte Repräsentanten aus der medizinischen, kaufmännischen und pflegerischen Praxis. Es wird darauf geachtet, dass nicht nur Leitungspersonen befragt werden, sondern auch einfache und mittlere „Dienstgrade“. Damit soll zusätzlich zu den verschiedenen Berufsgruppen und Funktionsträgern ein „mehrdimensionaler“ Blick auf die Phänomene ermöglicht werden.

Im Bewusstsein der Tatsache, dass die Beziehungen zwischen medizinischen und ökonomischen Aspekten in der klinischen Praxis problematisch und umstritten sind, und dass auch in der wissenschaftlichen und ethischen Literatur große Unsicherheiten und teilweise heftige Kontroversen vorherrschen, fragt die Studie nicht nur nach Erfahrungen und Einschätzungen im Sinne „sozialer Fakten", sondern auch nach moralischen Bewertungen dieser Phänomene durch die Akteure. Parallel zur Datenerfassung, Hypothesenbildung und Theoriearbeit soll deshalb ein ethischer Diskurs gefördert werden, der die moralischen Bewertungen der Befragten aufnimmt und diskutiert.

Je zehn vorbereitende Pilotinterviews mit Angehörigen des Managements und der Ärzteschaft wurden bereits durchgeführt. Sie stießen durchgängig auf großes Interesse und eine hohe Bereitschaft der angefragten Probanden. Die Gesprächsdauer betrug zwischen einer Stunde und vier Stunden.

Die beiden Initiatoren der Studie verfügen über intensive Felderfahrungen über einen Zeitraum mehrerer Jahrzehnte aus zwei unterschiedlichen und komplementären Perspektiven: der des Krankenhausmanagements und der der Medizin. Diese werden ergänzt durch gesundheitsökonomische und gesundheitsethische Expertise. Im Forschungsprozess wird bewusst auf die Erfassung der Sicht- und Handlungsweise der Krankenhausleitungen wie der direkten Versorger am Krankenbett Wert gelegt. <<

The economization of patient-related decisions in the hospital

In recent years the rise of hospital volumes has become a subject of many studies. Many of them are explaining the reasons of the continiously growing numbers of hospital admissions, medical interventions and the G-DRG-Case-Mix Index. Normally explanations are amplified with the remark, that the actual dimension of change cannot be explained by the corresponding causes . Nevertheless most authors neglect the influence of the hospital's economical interests, the reduction of the states shares for investment financing and possible overcapacities. As a result strategies for controlling the increase cannot be born. The article describes relations between the changes of the prevailing conditions for the hospitals and changes in the different kinds of their performances. On this foundation relevant research questions shall be identified. The following steps of empirical investigations shall provide answers to the questions. How medically not indicated measures and incorrect allocations can be avoided.

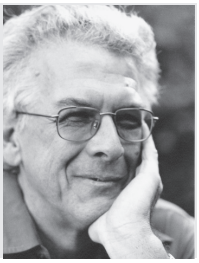
Keywords

Hospital, Hospital volumes, Economisation, Hospital financing, Public hospital investment

Autorenerklärung

Die Autoren weisen darauf hin, dass keinerlei Interessenkonflikte mit zitierten Personen und/oder Institutionen bestehen; finanzielle Unterstützung haben die Autoren nicht in Anspruch genommen.

Prof. Dr. Heinz Naegler
studierte Betriebswirtschaftslehre in Frankfurt/M. und Berlin. Er war mehrere Jahrzehnte im Krankenhausmanagement tätig – zuerst als Controller und als Verwaltungsdirektor in zwei Krankenhäusern in Berlin und zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Seit 2001 ist er Honorarprofessor an der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR) Berlin. Er ist Autor zahlreicher Publikationen zu den Themen Personalmanagement, Strategisches Management und Controlling.
Kontakt: heinz.naegler@arcormail.de



Prof. Dr. rer.pol. Dr. med. Karl-H. Wehkamp
ist Professor an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZES). Er ist Sozialwissenschaftler und Facharzt mit langjähriger Klinikerfahrung, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin und freier Klinikberater mit Schwerpunkt Ethik-Ökonomie.

Kontakt: karl.wehkamp@t-online.de

