

1 Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements

1.1 Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Wandel

Manfred Haubrock

Vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft

Der russische Wirtschaftswissenschaftler Nikolai Kondratieff (Kontratjew; 1892–1938) fand im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen über die Dauer von Konjunkturzyklen heraus, dass es drei Arten von Zyklen gibt: Der kurze Zyklus dauert bis zu drei Jahre, der mittlere bis zu elf Jahre und die lange Konjunkturwelle hat eine Dauer von 40 bis 60 Jahren, wobei die langen Wellen die mittleren und die kurzen überlagern. Nach Kondratieffs Tod griff Joseph A. Schumpeter dessen Erkenntnisse auf und entwickelte sie weiter. Schumpeter prägte 1939 den Namen »Kondratieff-Zyklus«. Er kam zu der Erkenntnis, dass grundlegende technische Innovationen, die die Produktionsabläufe und Organisationsstrukturen fundamental verändern, die Basis für den Beginn einer neuen langen Welle darstellen. Für diese Innovationen prägte Schumpeter den Begriff »Basisinnovationen«. In den 1970er- und 1980er-Jahren haben in Deutschland im Wesentlichen die Forschungsarbeiten von Leo A. Nefiodow die Kenntnisse über den 5. und den 6. Kondratieff-Zyklus nachhaltig beeinflusst. Seiner Auffassung zufolge befinden wir uns derzeit am Ende des 5. Kondratieff-Zyklus. Anders als in den ersten vier Zyklen haben

im 5. Zyklus nicht mehr die materiellen Basisinnovationen die nächsten Wachstumsphasen eingeleitet, sondern seit 1990 die Gewinnung, Verarbeitung und Bereitstellung von Informationen. Somit bestimmen erstmals immaterielle Basisinnovationen das wirtschaftliche Wachstum. Nach Nefiodow befinden wir gegenwärtig in der Übergangsphase vom 5. zum 6. Kondratieff-Zyklus. Ihm zufolge basiert der 6. Kondratieff-Zyklus auf der steigenden Nachfrage nach psychosozialen Gesundheitsleistungen, sodass der Gesundheitsmarkt zukünftig weltweit die Rolle eines Wachstums- und Beschäftigungsmotors übernehmen wird (Nefiodow 2011).

Dieser »neue« Gesundheitsmarkt ist jedoch nicht zu vergleichen mit dem traditionellen Gesundheitssystem, es ist vielmehr die Gesundheitswirtschaft. In Deutschland setzte der Paradigmenwechsel vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft vor ca. zehn Jahren ein. 2004 wurden seitens der Bundesregierung die sogenannten Branchenkonferenzen eingerichtet, um den neuen Bundesländern die Möglichkeit zu geben, jene Wirtschaftszweige zu fördern, die für die jeweilige Entwicklung der Bundesländer relevant sind. Vor diesem Hintergrund hat die Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern 2004 die Gesundheitswirtschaft zu einem Entwicklungsschwerpunkt

des Landes erklärt und in Kooperation mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung im Jahre 2005 die erste Branchenkonferenz »Gesundheitswirtschaft« durchgeführt. Die Teilnehmer verständigten sich auf Empfehlungen, um die Branche »Gesundheitswirtschaft« zukünftig weiterzuentwickeln (Projektbüro Gesundheitswirtschaft 2006). Aus diesen Empfehlungen lässt sich ableiten, dass die bislang überwiegend sozialpolitisch geprägten Steuerungsansätze des Gesundheitswesens um wettbewerbspolitische Aspekte ergänzt werden sollen. Aufgrund des aufgezeigten Paradigmenwechsels werden z. B. die bereitgestellten Gelder für die Finanzierung der Gesundheitsgüter nunmehr als »Treibstoff« für den Innovationsmotor Gesundheitswirtschaft und als Basis einer »Jobmaschine« gesehen. Zukünftig wird u. a. die Gesundheitsbranche sowohl durch staatliche Sicherungs- bzw. Versorgungsaufträge als auch von wettbewerblichen Instrumenten gesteuert. Dieser Paradigmenwechsel, der durch einen steigenden Bedarf an gesundheitsbezogenen Sachgütern und Dienstleistungen auf der einen Seite und einer finanziellen Engpasssituation der Sozialversicherungen und der öffentlichen Kassen auf der anderen Seite ausgelöst worden ist, verdeutlicht den Wandel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft, der auch Auswirkungen auf die Berufsbilder in den Gesundheitsmärkten haben wird.

Die Gesundheitswirtschaft gliedert sich in zwei Gesundheitsmärkte mit jeweils unterschiedlichen Akteuren. Der primäre Gesundheitsmarkt ist der klassische Gesundheitsversorgungskern. Dieses traditionelle Gesundheitssystem umfasst alle Organisationen und Personen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe es ist, die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie die Vorbeugung und Behandlung

von Krankheiten und die Wiedereingliederung in die soziale Teilhabe zu ermöglichen. Somit baut dieses Gesundheitssystem, auch als Gesundheitswesen bezeichnet, auf die staatlichen und nicht staatlichen Institutionen sowie auf die relevanten Berufsgruppen auf, die für die Gesundheit der Bevölkerung ein Geflecht von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Sachgütern bereitstellen und finanzieren. In diesem Gesundheitssystem dominieren die Sozialversicherungen, die auf dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes basieren und solidarisch organisiert sind, zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Im Sinne eines Umlageverfahrens zwischen den Versicherten wird der größte Teil der benötigten Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Seit einigen Jahren kommen Steuerzuschüsse des Bundes und Selbstbeteiligungsanteile der Versicherten hinzu.

Der sekundäre Gesundheitsmarkt ist privatwirtschaftlich geprägt und beinhaltet die Gesamtheit von privat finanzierten Gesundheitsgütern, wie z. B. individuelle Gesundheitsleistungen, Fitness und Wellness, Gesundheitstourismus sowie Sport, Ernährung und Wohnen. Die Gesundheit gewinnt in allen Lebensbereichen an Bedeutung, sodass sich durch die steigende Nachfrage neue gesundheitsbezogene Teilmärkte und Geschäftsmodelle entwickeln. Dies wiederum hat auch Auswirkungen auf die beteiligten Berufsgruppen. Dieser zweite Markt ist ein Wettbewerbsmarkt, in dem die Steuerung der Gesundheitsversorgung durch den Preiswettbewerb erfolgen wird. Beide Märkte sind miteinander verbunden, es bestehen somit Wechselwirkungen, die sich z. B. in der Existenz von Gesundheitsregionen, die durch ihr integratives Prinzip auf Vernetzung und Kooperation abzielen, zeigen (Hensen 2011). Dieser zukünftige Megamarkt Gesundheit wird folglich nicht nur solidarisch finanziert werden, zusätzlich hat sich ein »Selbstzahlermarkt« etabliert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der

neue Gesundheitsmarkt die Regenerationsplattform der Menschen und damit die Basis für die wirtschaftliche Existenz einer Informationsgesellschaft sein wird. Folglich werden Leistungen des Gesundheitsmarktes die Wertschöpfungsfaktoren für das wirtschaftliche Wachstum sein. Trotz der Kritik an diesem Paradigmenwechsel stellt das Konzept der langen Wellen die Argumentationsgrundlage von gesundheitsökonomischen und -politischen Verlautbarungen dar. Eine Aussage von Ulf Fink in einem Interview mit der Ärztezeitung belegt dies: »Vor zehn Jahren stand das Thema Kostendämpfung im Mittelpunkt. Wir haben damals das Thema Gesundheitswirtschaft in die Debatte eingeführt und gesagt: Das Gesundheitswesen ist nicht ein Kostenfaktor, sondern ein Wirtschaftszweig mit großen Wachstums- und Beschäftigungschancen ... Immer deutlicher wird doch, dass die Menschen bereit sind, auch außerhalb des Kollektivsystems etwas für ihre Gesundheit zu tun. Der zweite Gesundheitsmarkt wächst und erreicht ein Volumen von über 60 Milliarden Euro« (Fink 2008).

Bedarfsgerechte Versorgung als hoheitliche Aufgabe der Gesundheitswirtschaft

Eine zentrale Funktion beider Gesundheitsmärkte besteht darin, die Angebots- und Nachfrageströme so zu steuern, dass eine optimale Ressourcenallokation erreicht wird. Das bedeutet, die knappen Gesundheitsgüter so einzusetzen, dass der bestehende Bedarf optimal befriedigt werden kann. Allokation bezeichnet in der Ökonomie die Verteilung knapper Ressourcen auf alternative Verwendungszwecke. Unter Ressourcen kann sowohl die Zahl der beschäftigten Personen (Humanressource) als auch die Geldmenge (Finanzressource) verstanden werden. Nach dem Konzept der Wettbewerbswirtschaft soll die Steuerung

von Angebot und Nachfrage über den Preis erfolgen. Die Steuerung des zweiten Gesundheitsmarktes erfolgt über den Preiswettbewerb. Auf der Individualebene treffen die Versicherten, die Leistungsanbieter und die Krankenversicherungen zusammen. Zur Steuerung werden auf dieser Ebene Einzel- bzw. Selektivverträge geschlossen. Eine Analyse der Steuerung von Angebot und Nachfrage im ersten Gesundheitsmarkt zeigt jedoch, dass der Preiswettbewerb nahezu ausgeschaltet ist. Bei der Gründung der Bundesrepublik Deutschland ist die Steuerung des ersten Gesundheitsmarktes bewusst als hoheitliche Aufgabe definiert worden, die von Gebietskörperschaften bzw. von Körperschaften des öffentlichen Rechts wahrgenommen wird. Diese Versorgung ist als bedarfsgerechte Versorgung festgeschrieben worden. Ziel der bedarfsorientierten Angebotssteuerung des Gesundheitssystems muss sein, das Angebot an Gesundheitsleistungen an den realen Bedarf anzupassen. Folglich ist der Terminus »gerecht« einerseits mit Gerechtigkeit in Verbindung zu setzen, andererseits aber kann er als Ausrichtung am Bedarf, der Nachfrage, interpretiert werden. Der angenommene oder festgestellte Bedarf ist demnach die Grundlage für die Steuerung der Angebotsseite.

In diesem Kontext ist der erste Gesundheitsmarkt durch die Steuerungsebenen Staats- und die Verbandsebene gekennzeichnet. Die staatliche Ebene ist der Verbandsebene übergeordnet. Auf dieser Ebene sind die Funktionen auszuüben, die die unteren Steuerungsebenen nicht übernehmen dürfen bzw. sollen. Die Interventionen des Sozialstaates werden damit begründet, dass der Staat seine Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl wahrnehmen muss. Auf der Verbandsebene stehen sich die Verbände der Sozialversicherungen und der Leistungserbringer, in der Regel um Körperschaften des öffentlichen Rechts, gegenüber. Auf dieser Ebene sollen globale Re-

gelungen getroffen werden. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen wird hierbei weitgehend durch Verträge zwischen den Selbstverwaltungsorganen, also zwischen den Verbänden der Sozialversicherungen und den Verbänden der Leistungserbringer auf Landes- bzw. Bundesebene, gesteuert. Es herrscht somit zwischen den Selbstverwaltungsorganen ein kollektives Vertragsrecht. Seit 2004 haben sich zudem einige dieser Selbstverwaltungsorgane auf der Bundesebene zu einem Spitzenverband der Selbstverwaltungsorgane zusammengeschlossen. Dieser Gemeinsame Bundesausschuss übt als Körperschaft des öffentlichen Rechtes im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz nachhaltige Steuerungsfunktionen aus.

Finanzierungsproblematiken durch demografische Veränderungen

Die Finanzierungsproblematiken ergeben sich aus zwei gegenläufigen Entwicklungen. Einerseits werden die benötigten solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel durch die nur langsam steigenden Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerung) nicht ausreichen. Diese Finanzierungslücke muss daher aus Steuermitteln des Bundes geschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Bundesländer sich im Krankenhaussektor weitgehend aus der Investitionsfinanzierung zurückgezogen haben. Andererseits wird eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsgütern eintreten, die sich z.B. aus der demografischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt sowie dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein und der Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung ergibt. Durch die Veränderung der Alters- und Bevölkerungsentwicklung wird speziell im ersten Gesundheitsmarkt eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eintreten. Im Zuge des demografischen Wan-

dels nehmen gerade altersassoziierte chronische Krankheiten und somit auch Multimorbidität verstärkt zu. Ein starker Anstieg wird auch bei der Zahl der pflegebedürftigen Menschen erwartet. Hinzu kommt eine Veränderung in der Verteilung der Pflegebedürftigkeitsstufen, die mit einer Zunahme der Ausgaben für die Versorgungsleistungen verbunden sein wird.

Mit dem Fallzahlenanstieg in den Krankenhäusern, u.a. ausgelöst durch die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung, haben sich bereits Ende der 1970er-Jahre die Autoren James Fries und Ernest Gruenberg beschäftigt. Sie entwickelten in diesem Zusammenhang zwei unterschiedliche Thesen: Die Kompressionsthese (James Fries) geht davon aus, dass sich der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung durch einen verbesserten Arbeits- und Gesundheitsschutz, durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie durch die zunehmende Inanspruchnahme von präventiven Leistungen verbessern wird, sodass gesundheitliche Probleme erst in der letzten Lebensphase auftreten. Dieser These zufolge wird es zukünftig keine wesentlichen Nachfragesteigerungen geben. Die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese (Ernest Gruenberg) prognostiziert hingegen eine Ausweitung der Nachfrage durch eine Zunahme von zusätzlichen Krankheitsrisiken im Alter. Welches Konzept realistisch ist, wird sich erst in der Zukunft zeigen. Dennoch lässt sich schlussfolgern, dass die Nachfragesteigerungen von Gesundheitsleistungen auch neue Steuerungsmodelle für eine altersgerechte medizinische und pflegerische Krankenhausversorgung erfordern. Dafür ist eine Anpassung der derzeitigen Versorgungsstrukturen notwendig.

Die Finanzierungsproblematik betrifft insbesondere den im Wesentlichen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern durch Pflichtbeiträge finanzierten ersten Gesundheitsmarkt, der durch das Solidaritäts- und das Sozialversicherungsprinzip geprägt ist. Da-

bei gilt bei der Beitragsfinanzierung das Prinzip des Umlageverfahrens, bei dem die eingezahlten Beiträge unmittelbar für Leistungen verwendet werden können. Jedoch ist dieses umlagefinanzierte und einkommensorientierte Sozialsystem z.B. von den demografischen Veränderungen, der Erwerbstätigkeit sowie der konjunkturellen Entwicklung abhängig. Die Beitragseinnahmen sind nach den Regelungen des aktuellen Koalitionsvertrags auch in den nächsten Jahren an den Produktionsfaktor Arbeit gekoppelt. Das bedeutet, dass sich weiterhin der größte Budgetanteil des Gesundheitsfonds aus den prozentualen Anteilen der sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgelte (Grundlohn) der Mitglieder der Sozialversicherungen zusammensetzt. Zu diesen Geldbeträgen kommen die Steuermittel, die der Bund an den Gesundheitsfonds zahlt. Durch die zuvor beschriebenen Veränderungen bleibt auch zukünftig die Gefahr einer scherenförmigen Entwicklung zwischen den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben bestehen. Zwar verfügen der Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenversicherungen gegenwärtig gemeinsam über einen Überschuss von ca. 30 Mrd. Euro, aber nach der Einschätzung des Ärzteblatts bestehen aufgrund des demografischen Wandels Zweifel am generationenorientierten Umlageverfahren. Aus diesem Grund werden zukünftig Steuerzuschüsse und Selbstbeteiligungsanteile bedeutsamer. Unter der Annahme, dass die Ausgaben zukünftig weiterhin wie in den letzten 40 Jahren ansteigen werden, müsste der Staat im Jahre 2060 ca. 144 Milliarden Euro bezuschussen, damit der Beitragssatz unter 16% gehalten werden kann. Andernfalls würde der Beitragssatz der GKV auf 23% ansteigen. Die Beiträge aller sozialen Sicherungssysteme könnten 70% des Bruttoeinkommens ausmachen. Das IfMDA schlägt deshalb eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierungsstruktur bis 2015 vor (Ärzteblatt 2012).

Demzufolge müssen, unabhängig von der aktuellen Finanzlage der Krankenkassen bzw. des Gesundheitsfonds, Effizienzreserven durch eine Reorganisation des Gesundheitssystems aufgedeckt werden. In diesem Kontext ist es notwendig, eine wirtschaftliche Versorgung, die Teilmenge einer bedarfsgerechten Versorgung ist, zu realisieren. Sie umfasst die Leistungen oder Versorgungsformen mit den besten Kosten-Nutzen-Relationen. Wesentliche Entscheidungshilfen für eine wirtschaftliche Steuerung der Gesundheitsversorgung sind gesundheitsökonomische Evaluationen (Kosten-Nutzen-Vergleiche). Je weniger Ressourcen in einer Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, desto größer ist die Bedeutung dieser Nutzen-Kosten-Betrachtungen. Hiermit soll z.B. durch den Vergleich von Behandlungsalternativen aufgedeckt werden, welche Mittelverwendung optimal ist. Die verfügbaren Gelder müssen rational eingesetzt werden. Eine Mittelverknappung führt tendenziell zu der Forderung, die Gelder für eine Maßnahme erst nach genauer Überprüfung ihres Nutzens zu verwenden. Die Funktion der ökonomischen Evaluationen von Gesundheitsleistungen besteht darin, das Verhältnis zwischen dem Ressourcenverzehr für die Maßnahmen (monetärer Input) und den daraus resultierenden Outputveränderungen (monetärer Erfolg, intangibler Erfolg) aufzuzeigen. Evaluations-techniken als rationale Entscheidungshilfen sind heranzuziehen, um

- den Nutzen und die Kosten der Maßnahmen zu messen und zu bewerten,
- unnötige Leistungen auszuschließen,
- Wirtschaftlichkeitsreserven zu aktivieren.

Zukünftig werden nur noch die Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert, die in einer Prioritätenliste aufgenommen werden.

Das deutsche Gesundheitssystem ist historisch bedingt in den präventiven, den ku-

rativen (stationäre und ambulante Versorgung), den rehabilitativen und den pflegerischen Sektor gegliedert. Hinzu kommt der öffentliche Gesundheitsdienst. Diese sektorale Trennung führt zu Schnittstellen und Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen, wodurch bei den Behandlungen mit einem Versorgungsbedarf über die einzelnen Sektoren hinweg Schnittstellenprobleme entstehen.

Dieses Strukturdefizit kann u. a. dadurch überwunden werden, dass eine populationsorientierte an die Stelle der sektorenorientierten Versorgung tritt. Zur Behebung der Ineffizienzen des Systems sollte für alle Berufsgruppen in der Gesundheitswirtschaft der Fokus auf der Bereitschaft liegen, sich an den sektorenübergreifenden Versorgungsformen zu beteiligen. Hierzu müssen die Gesundheitsberufe zukünftig u. a. vermehrt Kompetenzen erwerben, die noch nicht ausgeschöpften Effizienzpotenziale zu erkennen und zu nutzen. Zum Erkennen dieser Effizienzpotenziale können die aufgezeigten Kosten-Nutzen-Untersuchungen eingesetzt werden.

Fazit

Ausgehend von den Rahmenbedingungen, die sich in den letzten Jahrzehnten verändert haben, hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen. Das deutsche Gesundheitssystem verändert sich hin zur Gesundheitswirtschaft, sodass in der Folge zwei Gesundheitsmärkte existieren. Während der erste Markt weiterhin auf dem Sozialstaats- und dem Solidaritätsprinzips aufgebaut ist, bestimmt das Rechtsstaats- und damit das Subsidiaritätsprinzip den zweiten Markt. Das bedeutet, dass sich die Gesundheitseinrichtungen darauf einstellen müssen, ihre Leistungen nicht mehr ausschließlich aus der solidarische Umlage finanziert zu bekommen, vielmehr tritt die Notwendigkeit auf, sich im Preiswettbewerb zu behaupten.

Einen weiteren Aspekt stellt die Finanzierungsproblematik dar. Hier geht es im Wesentlichen um die Auswirkungen einer durch den demografischen Veränderungsprozess zu erwartenden Nachfragesteigerung. Für die Gesundheitseinrichtungen bedeutet dies, sich mit den Fragen der Personalgewinnung und der -bindung zu beschäftigen. Die hoheitliche Vorgabe, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu garantieren, ist von den Gebietskörperschaften bzw. den Körperschaften des öffentlichen Rechtes bzw. den Selbstverwaltungsorgane zu realisieren. In diesem Kontext ist es für die Gesundheitseinrichtungen relevant, sich mit den Ursachen und Wirkungen von Rationalisierungen, Priorisierungen und Rationierungen auseinanderzusetzen.

Literatur

- Ärzteblatt (2012): GKV-Umlageverfahren ab 2030 nicht mehr haltbar. (<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49416>, Zugriff am 08.03.2012).
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2010): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. (<http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20BarometerRegular202010.pdf>, Zugriff am 20.04.2011).
- Braun B, Marstedt G, Sievers C (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. In: Gesundheitsmonitor. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK 3: 1–12.
- Bundesministerium des Innern (2011): Demografische Entwicklung. (http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Politik/Gesellschaft/DemographischeEntwicklung/demographischeEntwicklung_node.html, Zugriff am 12.03.2011).
- Fink U (2008): Gesundheit – das ist eine Chance für Wachstum und Beschäftigung, Interview in der Ärztezeitung, 4. 6.2008.
- Gerlach F, Erler A, Beyer M (2011): Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats. In: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. (Hrsg.) Versorgungs-Report. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer. S. 29–40.
- Gerlach F, Wille E, Greiner W, Haubitz M, Schaeffer D, Thürmann P, Thüsing G (2012):

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bern: Huber.
- Haubrock M, Hagmann H, Nerlinger T (2000): Managed Care. Integrierte Versorgungsformen. Bern: Huber.
- Haubrock M, Schär W (2009.): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. Bern: Huber.
- Hensen P, Kölzer C (2011): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozioethische Herausforderungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hilbert J, Fretschner R, Dülberg A (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. (<http://iat-info.iatge.de/aktuell/veroeff/ds/hilbert02b.pdf>, Zugriff am 29.03.2011).
- Kurscheid C, Hartweg H-R (2009): Gesundheitsversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung neuer Versorgungsformen. In: Hellman, W., Eble, S. (Hrsg.) Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 3–14.
- Nefiodow L (1999): Der sechste Kondratieff. Sankt Augustin: Rhein-Sieg Verlag.
- Nefiodow L (2011): Die Gesundheitswirtschaft. In: Nefiodow, L., Granig, P. (Hrsg.) Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert. Mit »gesunden« Innovationen neue Wege aus der Krise gehen. Wiesbaden: Gabler. S. 25–40.
- Projektbüro Gesundheitswirtschaft (2006): Branchenkonferenz »Gesundheitswirtschaft 2005«, (<http://www.gw.bcv.org>, Zugriff 10.02.2014).
- Simon M (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Huber.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. (http://www.statistik-portal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf, Zugriff am 28.03.2011).
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010): Demografischer Wandel: Engpässe beim Pflegepersonal werden zunehmen. (http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/12/PD10_449_23621,templateId=renderPrint.psml, Zugriff am 28.03.2011).
- Statistisches Bundesamt (2010): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre.psml>, Zugriff am 28.03.2011).

1.2 Gesundheitsökonomische Entwicklungen im internationalen Vergleich

Hendrike Berger und Markus Lungen

Krankenhausmanagement und Gesundheitsökonomie

Gesundheitsökonomie kann definiert werden als die Übertragung des Knappheitsgedankens auf die gesundheitliche Versorgung. Für Volkswirte ist dieser Knappheitsgedanke selbstverständlich, für Mediziner ist er häufig gewöhnungsbedürftig. Für Krankenhausmanager stellt er ein täglich-

ches Ärgernis dar, denn letztendlich ist dies die Berufsgruppe im Gesundheitswesen, die den Spagat zwischen den Erfordernissen aus dem Controlling und den medizinischen Argumenten der ärztlichen Leitung meistern muss. Nachfolgend soll verdeutlicht werden, dass das Management deutscher Krankenhäuser in naher Zukunft mit weiteren Überraschungen durch die Gesundheitsökonomie rechnen muss. Die Argumenta-

tion basiert auf der Überlegung, dass eine der bisherigen zentralen »Erfindungen« der Gesundheitsökonomie, die Nutzung von Patientenklassifikationssystemen zur Vergütung von Krankenhausleistungen, für die Steuerung des Gesundheitswesens wohl mehr Probleme als Lösungen gebracht hat. Daraus abgeleitet werden soll, dass die Zukunft zwar weitere Jahre mit Versuchen und Irrtümern an den Stellschrauben des DRG-Systems bringen kann, aber letztendlich die internationalen Erfahrungen einen Umstieg auf eine Post-DRG-Zeit erwarten lassen. Für das Krankenhausmanagement bedeutet diese Zeit wiederum neue Rahmenbedingungen und Anforderungen an den organisatorischen Wandel.

Deutschland und die DRG-Einführung

Die Geschichte der DRGs und ihrer Verbreitung wurde bereits häufig erzählt – auch deshalb, weil diese unglaubliche Erfolgsgeschichte sich so gut erzählen lässt (Fetter et al., 1980; Lungen und Rath 2009). Im Kern handelt sie von einer Gruppe Statistiker an der amerikanischen Yale-University, die mit vergleichsweise einfachen Verfahren die »Produkte« von Krankenhäusern beschrieben. Die Leistung dieser Statistiker (und Ökonomen) ist umso erstaunlicher, als zuvor und später in vielen Ländern Mediziner an dieser Aufgabe gescheitert waren. Mediziner konnten sich nicht darauf einigen, welche Fälle vergleichbar sind und wo eine Produktgruppe des Krankenhauses anfängt und die andere aufhört. Dieses Scheitern mag auch damit zusammen hängen, dass Mediziner generell nicht geneigt sind, den Produktgedanken in Verbindung mit ihrer beruflichen Leistung zu akzeptieren. Dass sie überhaupt an der Definition des akutstationären Kostenträgers geforscht haben, mag vielen Mediziner nicht mal bewusst gewesen sein (Lauterbach und Lungen 2000).

Deutschland hat den Umstieg von tagesgleichen Pflegesätzen auf DRGs erst vergleichsweise spät vorgenommen, optional in 2003, obligatorisch für alle Krankenhäuser in 2004. Zu diesem Zeitpunkt lagen bereits Erfahrungen mit DRGs aus 20 Jahren mit der amerikanischen Medicare-Krankenversicherung vor. Die Einführung von DRGs in Deutschland schien damals überfällig, wohl auch, weil die medizinischen Fachgesellschaften gescheitert waren mit ihrem alternativen Versuch, eher klinisch begründete Fallpauschalen zu formulieren. In Europa führten nur noch die Schweiz und Polen später als Deutschland die DRGs ein (Geissler et al. 2011).

Entscheidend ist jedoch nicht, ob Deutschland die Einführung überhaupt geschafft hat, sondern mit welchem Ziel und Ergebnis die Einführung erfolgte. Die Beantwortung ist nicht trivial. Der internationale Vergleich zeigt, dass die meisten Länder DRGs ursprünglich mit anderen Verwendungszwecken eingeführt haben als wie sie dort heute genutzt werden. Im internationalen Umfeld war häufig die Messung von Krankenhausbudgets (der Case-Mix), teilweise nochmals aggregiert auf regionaler Ebene und nicht heruntergebrochen auf die Ebene einzelner Krankenhausstandorte, Zweck der Einführung von DRGs. Im Prinzip dienten DRGs dazu, eine grobe Abschätzung des finanziellen Rahmens stationärer Ausgaben für eine Gebietskörperschaft vorab (prospektiv) vorzunehmen oder zu verhandeln. Beispiele finden sich insbesondere in den eher staatlich gesteuerten Systemen in Skandinavien. Dort sollte durch die Nutzung von DRGs die Transparenz erhöht werden, indem die finanziellen Mittel zwischen Regionen gerechter verteilt werden. Der entscheidende Punkt dabei ist, dass für diese eher steuernde Funktion von DRGs auch einfache Patientenklassifikationen, also ohne diffizile Fallschwereabschätzung, ausreichen. Es genügt, wenn die aus dem Case-Mix abgeleiteten Budgets über

eine große Zahl von Patienten einigermaßen ausgeglichen werden. Die Gefahr der Risikoselektion auf Fallebene ist bei dieser Form der Nutzung gering, ebenso die der Fallzahlausweitungen (denn Patienten müssten nicht vom Nachbar Krankenhaus abgeworben werden, sondern von weit her eingeladen werden).

Nach übereinstimmender Meinung vieler ist die Einführung in Deutschland trotz des ambitionierten Vorhabens einer fallscharfen Abrechnung gut gelungen, nicht zuletzt auch durch die transparente und weitgehend geräuschlose Umsetzung im InEK. Die Frage ist allerdings, ob diese Umsetzung überhaupt notwendig war. Da in Deutschland weiterhin Krankenhausbudgets über die DRG-Abrechnung gestülpt werden, hätte aus gesundheitsökonomischer Sicht auch ein weitaus einfacheres DRG-System ausgereicht (Lauterbach und Lungen 2000). Offenbar herrschte ein gewisses Misstrauen der Politik hinsichtlich einer Entfesselung der DRG-Wirkungen. Krankenhausbudgets wurden vorsichtshalber beibehalten. Die Sorge war nicht unbegründet.

Erwartete und tatsächliche Auswirkungen der DRG-Nutzung

Inwieweit zukünftig grundlegend andere oder auch stärkere Wirkungen der DRGs in Deutschland zu erwarten sind, kann aus den bereits länger bestehenden internationalen Erfahrungen der DRG-Nutzung abgeleitet werden. Werden die erwarteten und die tatsächlichen Auswirkungen von DRGs allerdings verglichen, stellt sich (wie bei vielen Gesundheitsprogrammen) eher Ernüchterung ein. Die Ursache liegt jedoch nicht im Unvermögen der politischen Umsetzung, sondern eher im Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen. Die bisherige internationale Forschung geht davon aus, dass sich die Wirkung eines DRG-Systems weniger aus seinen theoretischen Im-

plicationen ableiten lässt, sondern weitaus stärker von dem Vergütungssystem, das vor Einführung von DRGs in den Krankenhäusern vorherrschte, abhängt (Street et al. 2011). Diese Erkenntnis lässt die Schlussfolgerung zu, dass DRGs in den meisten Ländern abweichende Auswirkungen haben werden. Einen universellen Zusammenhang zwischen Einführung und Wirkung scheint es kaum zu geben. Die rein formale Ableitung der Wirkungen einer DRG-Nutzung erlaubt die Aussage, dass die Verweildauer verkürzt, die Intensität der Leistungen bei einem Krankenhausaufenthalt verringert, Patienten selektiert in Abhängigkeit vom erwarteten Deckungsbeitrag, die Kodierung, eventuell je nach Nutzung von Prozeduren zur Patientenklassifikation auch die Behandlung angepasst, um eine Reklassifizierung des Falles zu erreichen, die Aufnahme und Entlassung von Patienten betriebswirtschaftlich optimiert und tendenziell die Fallzahl durch verschiedene Maßnahmen bis hin zur Stärkung der Reputation eines Krankenhauses erhöht wird (Cots et al. 2011). Ob diese Änderungen tatsächlich eintreten, in welcher Intensität und in welchem Zeitrahmen, bleibt offen. Hier spielt nicht nur die ärztliche Ethik eine Rolle, sondern (aus Sicht des Krankenhausmanagements besonders wichtig) auch die enormen Behandlungstendenzen in der Krankenhausorganisation. So kann bei Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauer in deutschen Krankenhäusern im Verlauf der Jahre rückblickend kaum gemutmaßt werden, in welchem Jahr DRGs eingeführt wurden. Die Absenkung der Verweildauer verlief vor und nach der Einführung unterschiedslos weiter – ein klarer Verstoß gegen die erwartbaren Auswirkungen, die eine Parallelverschiebung der Kurve nach unten hätten erwarten lassen. Darüber hinaus lassen die theoretisch erwartbaren Auswirkungen widersprechende Aussagen zu, ob DRGs nun die Qualität der Versorgung und die

(gesellschaftliche bzw. allokativen) Effizienz der Leistungserbringung erhöhen oder senken. Eine Verkürzung der Liegedauer durch klinische Behandlungspfade als Folge der DRG-Einführung würde bspw. die Qualität tendenziell erhöhen, eine frühzeitige »blutige« Entlassung wohl kaum. Auch die Vermeidung unnötiger Leistungen aufgrund der Pauschalierung des Entgelts erhöht die Qualität, die Vorenthaltung von notwendigen Leistungen hingegen nicht (sogenanntes skimping). Die zunehmende Spezialisierung kann einerseits die Effizienz durch Größeneffekte steigern, aber auch zur gezielten Abweisung und Anwerbung (cream-skimming) oder auch zu Verlegung und Entlassung (dumping) von Patienten führen (Ellis 1998). Sogar die geänderte Kodierung kann positiv gesehen werden, denn der Epidemiologie stehen aussagekräftigere Daten zur Verfügung, sobald die Kodierung sich einheitlich dicht eingependelt hat.

Effizienz

Der Anreiz zur Steigerung der Effizienz gilt als einer der zentralen Vorteile bei der Nutzung von DRGs. Allerdings wird diese Effizienz meist verstanden als betriebswirtschaftliche Effizienz, das heißt als Erreichung eines Ziels (z. B. Durchführung einer Hüftoperation) mit möglichst geringen Kosten. Diese Kosten-Effizienz wird mit DRGs dauerhaft angeregt, denn sowohl Krankenhäuser, die bisher keine Effizienzanstrengungen unternommen hatten, werden zu Änderungen im Management angeregt, als auch solche Krankenhäuser, die bereits zu den besten (effizientesten) zäh-

len. Diese Form des dauerhaft induzierten Wettbewerbs wird als »yardstick-competition« bezeichnet. Die in Deutschland zuvor erprobten Ansätze der Kontrolle durch Krankenkassen in Form jährlicher, individueller Budgetverhandlungen scheiterten letztendlich daran, dass Krankenkassen weder dauerhaft den Druck aufrechterhalten konnten noch über das Wissen und die Daten verfügten, um Krankenhäusern vorzuschreiben, wie sie betriebswirtschaftlich effizient eine konkrete Patientenversorgung umsetzen sollen. Eine weitere deutsche Besonderheit besteht darin, dass der »yardstick«, also der Maßstab, zwar empirisch aus Krankenhauskalkulationen abgeleitet wird, aber weder als repräsentativ gelten kann noch einen Best-practice-Ansatz abbildet, sondern alle Ineffizienzen der Vergangenheit mit aufnimmt. Es erscheint aus diesem Prozess heraus logisch, dass etwa die Hälfte der Krankenhäuser gut von den Entgelten leben kann, die andere Hälfte allerdings nicht.² Andere Länder setzen den »yardstick« anders. So orientieren sich in England die Erlöse für Eingriffe mit dynamischer Mengenentwicklung an einem Best-practice-Tarif, der eben nicht den Durchschnitt, sondern nur eine ausgewählte Zahl an besonders effizienten Krankenhäusern einbezieht (Street et al. 2011).

Generell scheint es sinnvoll, die Erlöse nicht als Durchschnittspreise zu organisieren, sondern orientiert an den Grenzlösungen. Wird bspw. für jeden Eingriff der Hüftendoprothetik eine gleichbleibende Summe vergütet, steigt der Deckungsbeitrag des Krankenhauses mit steigender Fallzahl an, denn die Fixkosten des Krankenhauses können auf immer mehr Fälle ver-

2 Berücksichtigt werden muss hier natürlich, dass das Erlösniveau deutscher Krankenhäuser über die Basisfallwertverhandlungen auf Landesebene adjustiert werden kann (und wird). Daher wäre auch möglich, dass nicht die Hälfte der Krankenhäuser über oder unter der Gewinnschwelle liegt, sondern abweichende Verhältnisse entstehen. Auch dies war zu beobachten.