

Executive Summary

Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus
-
**Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen
im Krankenhaus?**

**Antonius Reifferscheid
Dr. Natalie Pomorin
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen**

Gefördert durch die Dr. Jürgen Meyer Stiftung

September 2014



Einleitung

Der deutsche Krankenhaussektor steht gegenwärtig unter einem hohen wirtschaftlichen Druck. Bereits seit 10 Jahren wird in Deutschland das DRG-Fallpauschalensystem eingesetzt, das entsprechende Effizienzanforderungen an die Krankenhäuser stellt. Da die jährlichen Vergütungsanpassungen die Kostensteigerungen (z.B. für Personal, Versicherungen, Energie, etc.) nur teilweise abdecken, hat sich im Zeitverlauf eine Finanzierungslücke ergeben, die auf über 10 Mrd. € geschätzt wird (IGES 2014).¹ Gleichzeitig stellt sich die Investitionsfinanzierung der Bundesländer als unzureichend dar. Hier wird der Investitionsstau auf ca. 15 Mrd. € geschätzt (Krankenhaus Rating Report 2014). Aufgrund dieser wirtschaftlichen Rahmenbedingungen befinden sich viele Krankenhäuser in einer schwierigen Situation - gegenwärtig arbeiten 40-50% aller Krankenhäuser mit Verlust (Rating Report 2014/DKI 2013).

Angesichts steigender Kosten und regulierter Preise bieten sich den Krankenhäusern nur wenige Handlungsoptionen. Als zentrale Strategien sind hier weitere Kostenreduktionen sowie eine Ausweitung der Leistungsmenge zu nennen. Allerdings können beide Strategien, sofern sie angesichts der Mittelknappheit zu stark forciert werden, auch negative Konsequenzen für die Patientenversorgung implizieren. Bei einer zu weit gehenden Rationalisierung, ist es durchaus denkbar, dass nicht nur überflüssige Leistungen/Prozesse vermieden, sondern ggf. auch für den Patienten nützliche Leistungen unterlassen werden. Bei der Leistungsausweitung als Handlungsstrategie stellt sich das Problem, dass nur eine begrenzte Zahl erkrankter Patienten existiert. Wenn Fallzahlsteigerungen „erzwungen“ werden sollen, ist nicht auszuschließen, dass vermehrt Patienten mit zunehmend weniger eindeutiger Indikation behandelt werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und inwieweit sich der hohe wirtschaftliche Druck auch auf die Patientenversorgung und damit verbundene Ressourcenentscheidungen auswirkt. Um dieser Forschungsfrage nachzugehen hat der Lehrstuhl für Medizinmanagement im Zeitraum von Januar 2013 - Juni 2014 eine empirische Studie durchgeführt, die von der Dr. Jürgen Meyer Stiftung gefördert wurde.

Studiendesign

Im Rahmen dieser Studie wurde ein qualitativ-quantitativer Forschungsansatz gewählt. Neben einer umfangreichen Literaturrecherche wurden zunächst zwölf qualitative Interviews mit verschiedenen Leitungspersonen (Chefärzte, Geschäftsführer, Pflegedirektoren, Träger) unterschiedlicher Krankenhäuser durchgeführt

¹ Vgl. http://www.iges.de/presse07/drg/index_ger.html.

Im Rahmen der darauf aufbauenden bundesweiten und anonymen Fragebogenstudie wurden sowohl Chefärzte (CÄ), die Pflegedienstleitung/-direktion (PD) sowie Geschäftsführung /kaufm. Direktion (GF) angeschrieben, welche die verschiedenen Perspektiven (medizinisch, pflegerisch, kaufmännisch) im Krankenhaus abdecken. Um einen breiten Überblick über die spezifische Situation in den Fachrichtungen zu gewinnen, wurden unterschiedliche Fachabteilungen in diese Studie eingeschlossen:

- Innere Medizin,
- Kardiologie,
- Allg. Chirurgie,
- Unfallchirurgie, Orthopädie,
- Gynäkologie/Geburtshilfe,
- Intensivmedizin, Anästhesie.

Anhand der Qualitätsberichte der Krankenhäuser wurde eine entsprechende Kontaktdatenbank von Einrichtungen mit über 100 Betten für den Fragebogenversand aufgebaut. Um aussagekräftige Ergebnisse für die einzelnen Fachgebiete zu erhalten, wurden je Fachgebiet 500 zufällig ausgewählte Fachabteilungen angeschrieben. Auf Incentives oder Erinnerungsschreiben wurde verzichtet.

Ergebnisse

Rücklauf, Repräsentativität

Bei knapp 5.000 versendeten Fragebögen betrug der Rücklauf über 43%. Die genaue Verteilung der Antworten ist Abbildung 1 zu entnehmen.²

Hinsichtlich der Repräsentativität ist festzustellen, dass in den Stichproben der jeweiligen Berufsgruppen jeweils 42-47% der Befragten einen defizitären letztjährigen Jahresabschluss des Krankenhauses angegeben haben, was sich mit den in der Literatur genannten Anteilen von 40-50% weitgehend deckt (Rating Report 2014/DKI 2013). In Bezug auf die Krankenhausgröße ist festzustellen, dass große Einrichtungen (>550 Betten) mit einem Anteil von 21-28% etwas überrepräsentiert sind, während kleine Einrichtungen (<250 Betten) eher zu selten vertreten sind. Im Hinblick auf die Trägerschaft fällt auf, dass private Träger bei GF und PD leicht unterrepräsentiert sind, während die Verteilung bei den CÄ weitgehend mit der Grundgesamtheit übereinstimmt.

² Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass Unfallchirurgie und Orthopädie zusammengefasst wurden, da die Fachabteilungen häufig beide Schwerpunkte gleichzeitig aufweisen.

	Fragebögen	Antworten	Rücklaufquote
Gesamt	4.897	2.112	43,1%
PDL	865	396	45,8%
GF	869	284	32,7%
CÄ	3.163	1.432	45,3%
Innere Medizin	500	209	41,8%
Kardiologie	344	117	34,0%
Gynäkologie/Geburtshilfe	500	200	40,0%
Allgemeine Chirurgie	500	208	41,6%
Unfallchirurgie/Orthopädie	819	379	46,3%
Intensivmedizin	500	218	56,2%
Anästhesie ohne Intensivbetten		63	
Sonstige/keine Angabe	-	38	-

Abbildung 1 – Rücklauf

Wirtschaftlicher Druck im Krankenhaus

Zunächst lässt sich allgemein feststellen, dass der wirtschaftliche Druck im Krankensektor gegenwärtig vom Großteil der Befragten als sehr stark wahrgenommen wird (s. Abbildung 2). Auch wenn die CÄ die Situation leicht besser einschätzen als GF und PD, zeigt sich doch klar, dass der wirtschaftliche Druck von der Krankenhausleitung an die CÄ weitergegeben wird. Zwischen den verschiedenen Fachabteilungen zeigen sich nur geringe Unterschiede – ein Bild, das sich praktisch durch die gesamte Untersuchung zieht. Dieser wirtschaftliche Druck manifestiert sich auch darin, dass 45% der CÄ häufig Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen wahrnehmen. Im Bereich der Pflege ist diese Abwägung zwischen Wirtschaftlichkeit und pflegerischen Zielen noch stärker ausgeprägt – hier berichten 72% der PD von häufigen Entscheidungskonflikten.

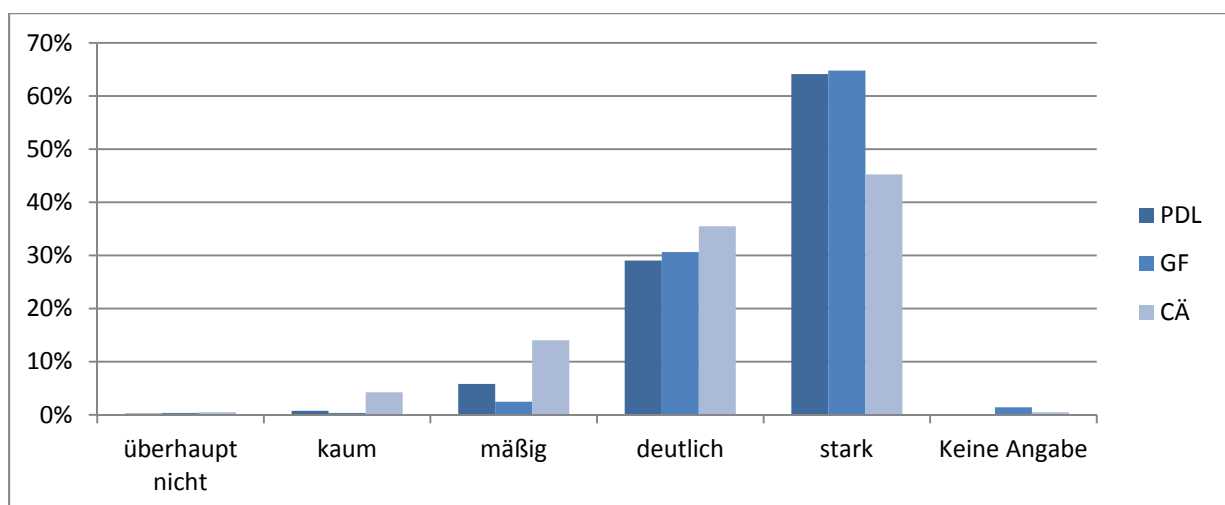


Abbildung 2- wahrgenommene Intensität des wirtschaftlichen Drucks

Der wirtschaftliche Druck wirkt sich gegenwärtig durchaus auf Aspekte der Strukturqualität aus. Gerade im pflegerischen Bereich wird die Personalausstattung von 37% der PD und 38% der CÄ als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“ empfunden.³ Aus Sicht der GF stellt sich die pflegerische Personalsituation in nur 14% der Einrichtungen als „schlecht“ dar. Im ärztlichen Bereich werden von GF und PD hingegen kaum Defizite gesehen – 68% der PD und 58 % der GF bewerten die Personalausstattung als „gut“ oder „sehr gut“. Bei den CÄ ist die Bewertung unterschiedlich – 25% sehen die Personaldecke als „schlecht“ an, wohingegen 29% der CÄ „gut“ oder „sehr gut“ angegeben haben. In Bezug auf die technische Ausstattung ist die Bewertung der verschiedenen Berufsgruppen praktisch identisch: 10% sehen Defizite, während 54-59% der Befragten die Ausstattung ihrer Einrichtung als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen.

Auch wenn die allgemeine personelle und technische Ausstattung vom Großteil der Befragten insgesamt nicht als besonders problematisch eingeschätzt wird, geht dennoch die Mehrheit in allen drei Berufsgruppen davon aus, dass sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die Patientenversorgung auswirken. 82% der PDL, 66% der GF und 70% der CÄ vertreten tendenziell die Ansicht, dass die finanzielle Situation auch die Versorgung beeinflusst. Hierbei werden insbesondere Defizite bei der Pflege und der Zuwendung zu den Patienten gesehen. Bei der Pflege werden von 82% der PD, 67 % der CÄ und 51% der GF Probleme wahrgenommen, während bei der Zuwendung die Anteile mit 81-87% nochmal leicht größer sind (s. Abbildung 3). Nur 10% der PD, 18% der GF und 24% der CÄ sind der Ansicht, dass „oft“ oder „immer“ ausreichend Zeit für die persönliche Zuwendung zum Patienten verfügbar ist. 88% der PD, 81% der GF 72% und der CÄ vertreten hingegen die Meinung, dass ausreichend Zeit für die Zuwendung zum Patienten nur „selten“ oder „manchmal“ vorhanden ist (s. Abbildung 4).

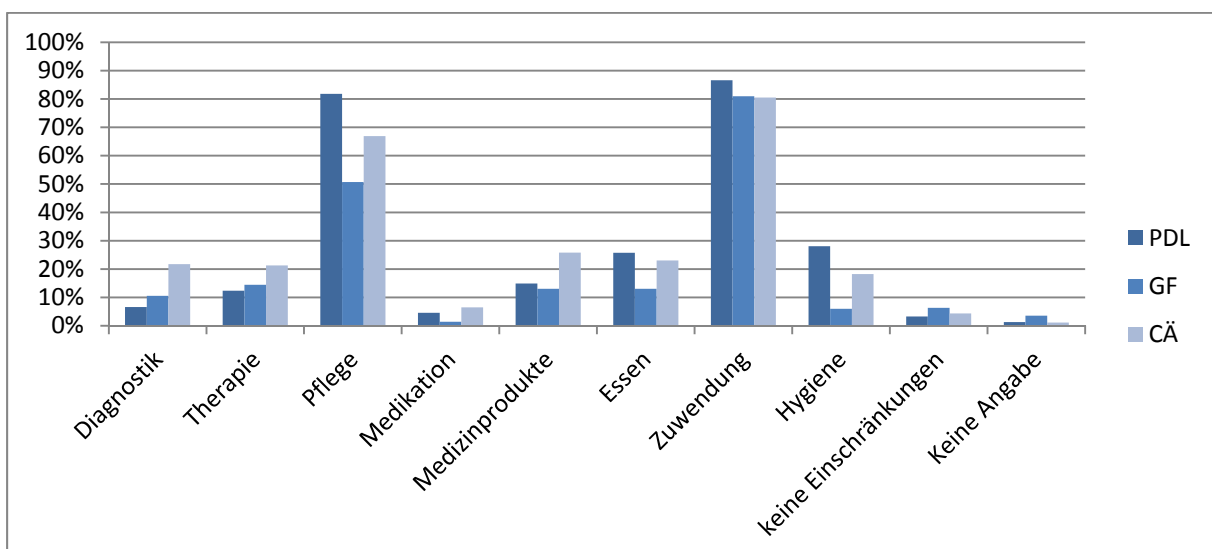


Abbildung 3 – Einschränkungen der Patientenversorgung

³ Bei den CÄ ist sind die Fragen zur ärztlichen, pflegerischen und technologischen Ausstattung auf die eigene Fachabteilung bezogen, während PD und GF die Aspekte für das gesamte Krankenhaus bewertet werden sollen.

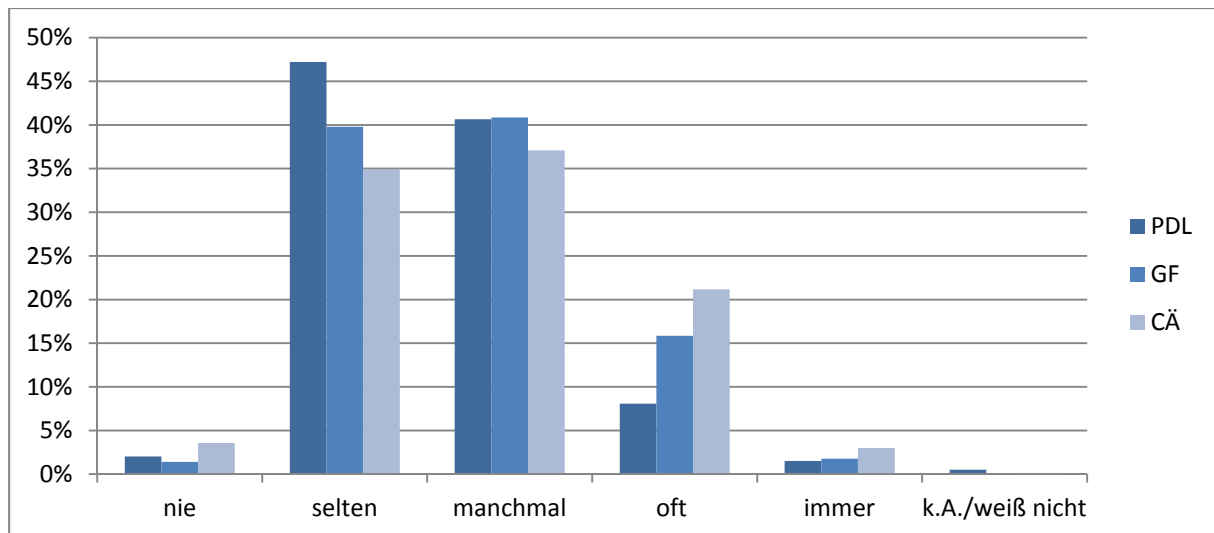


Abbildung 4 – Möglichkeit für persönliche Zuwendung angesichts der gegenwärtigen Personalsituation

Rationierung

Die dargestellten Rahmenbedingungen sind folglich mit erkennbaren Rationierungstendenzen in der Patientenversorgung verbunden. Bei der Pflege sind nur 21% der PD tendenziell der Ansicht, dass das Pflegepersonal sämtliche erforderlichen Pflegeleistungen immer durchführen kann. 70% der PD sind hingegen der Meinung, dass dies „eher nicht“ der Fall ist - weitere 9% sehen eine ausreichende Versorgung als „überhaupt nicht“ gewährleistet an. Es ist davon auszugehen, dass diese Defizite maßgeblich auf die verfügbare Zeit des Personals und eine dünne Personaldecke zurückzuführen sind.

Im ärztlichen Bereich stellt sich die Rationierungsproblematik etwas vielschichtiger dar. Grundsätzlich halten 21% aller CÄ mind. einmal im Monat eine für den Patienten nützliche Leistung vor oder ersetzen diese durch eine günstigere, aber weniger effektive Maßnahme. 46% aller CÄ mussten zumindest einmal in den letzten sechs Monaten eine nützliche Leistung vorenthalten. Im Hinblick auf die Fachrichtung werden nur geringe Unterschiede festgestellt (s. Abbildung 5). Insgesamt wird die Problematik von GF und PD in Bezug auf das eigene Krankenhaus weitgehend vergleichbar eingeschätzt. Nur 32% der GF und 16% der PD gehen davon aus, dass es nie zu einer Vorenthaltung nützlicher Maßnahmen kommt – der Großteil sieht Rationierung als ein Problem an, das „selten“ oder „manchmal“ auftritt. Entgegen dem bisherigen nationalen Forschungsstand (Boldt % Schöllhorn 2008, Strech et al. 2009) scheint Rationierung somit kein exklusives Problem von Hochkostenbereichen zu sein, sondern ist in praktisch allen Fachabteilungen verbreitet. Allerdings muss gleichzeitig festgestellt werden, dass die Rationierungsintensität eher gering ausgeprägt ist.

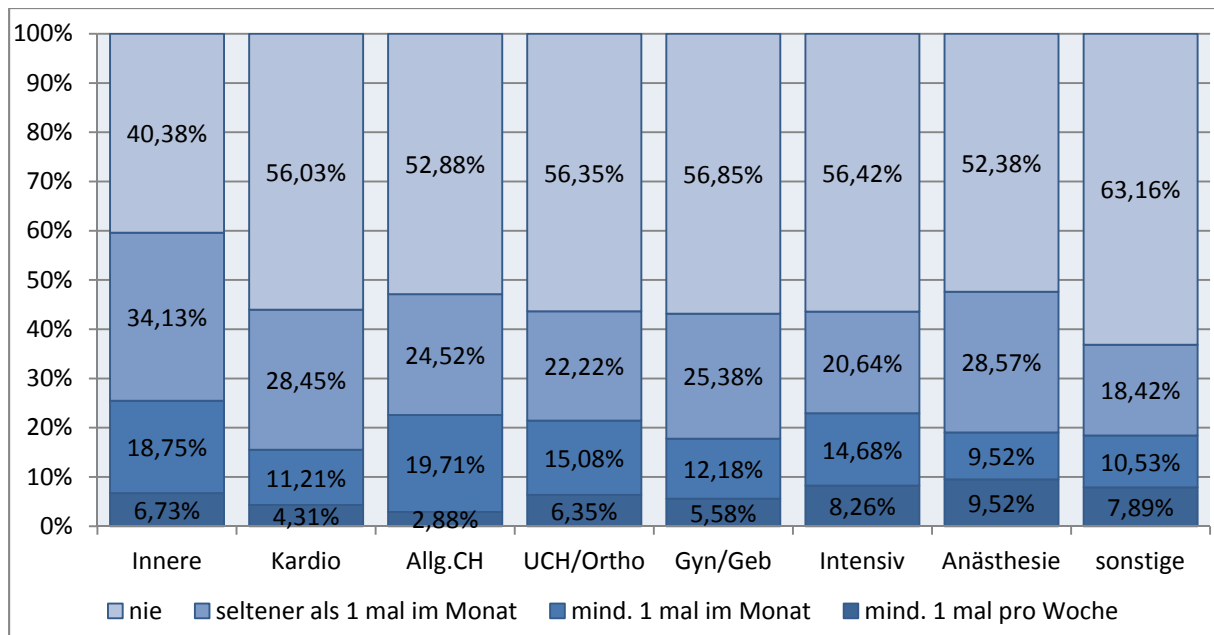


Abbildung 5 – Rationierungsintensität nach Fachabteilungen

Wie eine Regressionsanalyse der Befragungsdaten zeigt, gibt es vielfältige Einflussfaktoren von Rationierung. Allgemein tritt Rationierung seltener in großen Krankenhäusern auf sowie in Fachabteilungen, die über eine bessere ärztliche Personalbesetzung oder technische Ausstattung verfügen. Auch in Einrichtungen, die in einem Krankenhausverbund zusammengeschlossen sind, wird seltener rationiert. Die Existenz (schriftlicher) Vorgaben zur Begrenzung teurer Maßnahmen/Behandlungsverfahren erhöht hingegen die Rationierungsintensität. Gleichmaßen führen häufige Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen, Zeitmangel sowie geringe Rationalisierungspotentiale zu Zunahme von Rationierung. Abschließend kann das Phänomen jedoch nicht durch diese Faktoren erklärt werden.

Übersorgung

Bereits mehrfach wurde in der Literatur festgestellt, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich durch eine hohe Inanspruchnahme von stationären Leistungen auffällt. In den letzten Jahren ist die Nachfrage auf ohnehin hohem Niveau überproportional gestiegen. Dies stellt Hinweise auf einen gegenwärtig stattfindende Übersorgung dar, die möglicherweise auch durch wirtschaftliche Anreize induziert wird. Bzgl. dieser Thematik war insbesondere die Einschätzung der CÄ interessiert. Um eine große Zahl fehlender Antworten zu vermeiden, wurde die Frage zur Übersorgung indirekt formuliert und nicht direkt auf die eigene Fachabteilung bezogen: „Glauben Sie, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Ihrem Fachgebiet zu überhöhten Eingriffszahlen führen?“

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass ökonomisch motivierte Übersorgung von einem relevanten Anteil der CÄ als Problem wahrgenommen wird. 39% vertreten tendenziell die Ansicht, dass ökonomische Gründe zu nicht-erforderlichen Eingriffen führen. Hierbei ist auffällig, dass gerade in den Bereichen Kardiologie und Unfallchirurgie/Orthopädie die CÄ signifikant häufiger annehmen, dass wirtschaftlich motivierte Übersorgung im eigenen

Fachbereich auftritt. Aber auch in anderen Fachabteilungen geht etwa ein Viertel bis Drittel der CÄ davon aus, dass unnötige Leistungen erbracht werden.

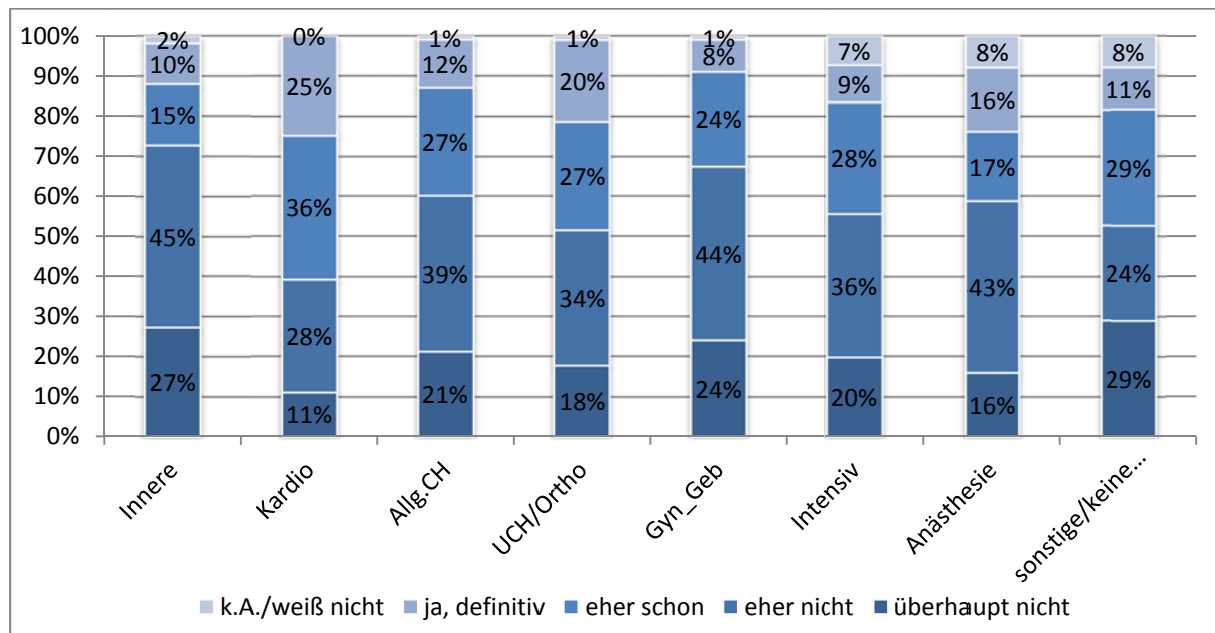


Abbildung 6 – Ökonomisch motivierte Überversorgung

Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich feststellen, dass sich die gegenwärtig schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durchaus auch auf die Patientenversorgung auswirken. Der wirtschaftliche Druck ist über alle Berufsgruppen und Fachabteilungen zu spüren und es werden klare Defizite (insbesondere bei der Pflege und Zuwendung) als Folge dieser Rahmenbedingungen angegeben. Die Studie hat gezeigt, dass es sich bei Rationierung und Überversorgung um in allen Fachgebieten verbreitete Probleme der Versorgungspraxis handelt. Gleichzeitig ist aber auch darauf hinzuweisen, dass die Rationierungsproblematik bislang nur eine geringe Intensität aufweist.

Langfristig wird angesichts der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Konsequenzen für die Einnahmen- und Ausgabenseite der Krankenkassen das Problem der Rationierung nicht verschwinden. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten stellt sich die Frage, ob auch in Zukunft sämtliche Leistungen allen Patienten angeboten werden können. Um negative Konsequenzen einer (willkürlichen) Leistungsvorenthaltung zu vermeiden, wird von Seiten der Bundesärztekammer seit längerem ein offener gesellschaftlicher Dialog zur Priorisierung von Leistungen gefordert – bislang wurde dieses unpopuläre Thema von der Politik jedoch nicht aufgegriffen. Ebenfalls muss das Problem der Überversorgung verstärkt angegangen werden, um zu vermeiden, dass aufgrund fehlender Ressourcen einerseits Patienten der notwendige Zugang zu bestimmten Leistungen verwehrt wird, während auf der anderen Seite Ressourcen für nicht-indizierte Eingriffe verschwendet werden.

Sofern keine politischen Reformen kommen, wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser in 2015 weiter verschlechtern (Rating Report 2014). Auf gesundheitspolitischer Ebene zeichnen sich mittlerweile verschiedene denkbare Maßnahmen ab, die auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aktuell diskutiert werden. Von großer Bedeutung wäre sicherlich die Neuregelung der Investitionsfinanzierung, um den Investitionsstau der Krankenhäuser nicht noch größer werden zu lassen. Darüber hinaus ist im Koalitionsvertrag die Prüfung der Personalkosten (insbesondere in der Pflege) im Rahmen der DRGs vorgesehen. Zusätzlich sollen die Krankenhäuser künftig unbürokratisch nachweisen, dass die DRG-Personalanteile tatsächlich für Personal ausgegeben werden. Auch wenn diese Regelungen bislang nicht ausgearbeitet sind, könnten sich diese Maßnahmen mittelfristig in Richtung einer neuen (Pflege-)Personal-Regelung entwickeln – sofern hierfür der politische Wille vorhanden ist. Zuletzt bleibt abzuwarten, ob Vorschläge aus dem Mengengutachten des HCHE umgesetzt werden, die auf den Abbau von Überversorgung hinwirken sollen.