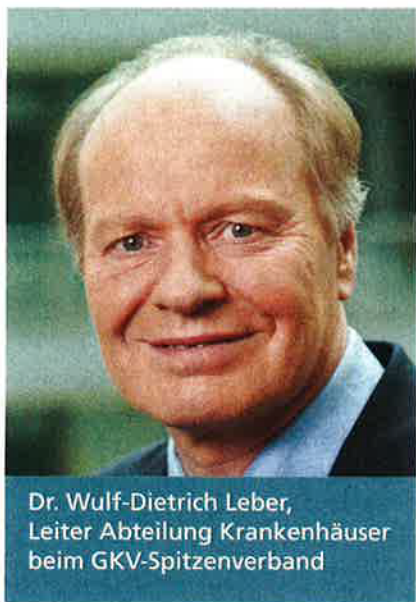


GKV: Die Leistung folgt dem Geld



Dr. Wulf-Dietrich Leber,
Leiter Abteilung Krankenhäuser
beim GKV-Spitzenverband

Die Analyse des Mengenanstiegs liefert zunächst Bekanntes. Im Betrachtungszeitraum 2007 bis 2012 ist die Zahl der vollstationären Fälle in deutschen Krankenhäusern um 8,4 Prozent gestiegen, keine explosionsartige Entwicklung, aber ein starker Anstieg, der kritische Fragen rechtfertigt. Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine immens hohe Fallzahl und auch die Steigerungsraten sind anhaltend hoch. Wenig ergiebig ist die regionale Analyse – letztlich ist die Mengenentwicklung ein deutschlandweites Phänomen. Krankheitsbezogene Analysen zeigen den großen Anteil von Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Demografie erklärt Anstieg nicht

Der Versuch, per Regressionsmodell die Mengenentwicklung auf Morbidität, Alter, Sterblichkeit und angebotsseitige Faktoren zurückzuführen, endet mit einem schwer interpretierbaren Befund gegenläufiger Entwicklungen, bei dem sich die Autoren ein wenig um eine klare Botschaft herumogeln. Wollte es da jemand mit keinem der Auftraggeber verderben? Fakt bleibt allerdings, dass die demografische Entwicklung den Mengenanstieg nicht erklärt.

Interessanter sind schon die Aussagen, die die Forschergruppe aus der Analyse von Relativgewichtsänderungen und Mengenentwicklung ableiten: „Betrachtet man Veränderungen des Angebots von Krankenhäusern, so zeigt sich, dass Krankenhäuser ihre Fallzahlen kausal als Antwort auf Veränderung der Deckungsbeiträge verändern“ (Seite 12 des Gutachtens). Und es gibt sogar ein ökonomisch klares Ergebnis, demzufolge eine zehnprozentige Änderung des Relativgewichts eine zweiprozentige Mengensteigerung nach sich zieht. Mit anderen Worten: Die Leistung folgt dem Geld.

Nun ist die „Marktreaktion“ auf veränderte ökonomische Anreize keine tadelnswerte Verhaltensweise, voraus-

gesetzt der medizinische Verhaltenskodex verhindert, dass ein Krankenhaus anfängt, Gesunde zu operieren. Sie zeigt aber die Verantwortung jener, die das ökonomische Anreizsystem mitgestalten. Mit dem lernenden DRG-System auf der Basis empirischer Kostendaten hat Deutschland im Prinzip das richtige System gewählt. Aber die Forscher mahnen zu Recht an, dass der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe eine besondere Bedeutung zukommt. Wir benötigen dringend eine Debatte über den Kalkulationsboykott privater Klinikketten.

Eine finale Aussage zum Einfluss des Preisniveaus auf die Menge konnte die Forschergruppe aufgrund des beschränkten Zeithorizonts und der wenigen Beobachtungseinheiten (der Landesbasisfallwerte) nicht ermitteln. Die erwähnte Reaktion der Krankenhäuser kann aber als Indiz gewertet werden, dass Krankenhäuser bei steigenden Preisen in die Menge gehen, nicht umgekehrt, wie es die Hamsteradthese fälschlicherweise zu suggerieren sucht. Die ökonomische Theorie steigender Angebotsfunktionen gilt auch im Gesundheitswesen: Der (überhöhte) Preis macht die (überhöhte) Menge.

Verdienstvoll ist die intensive Aufarbeitung des Notfallthemas. Notfälle stellen einen bedeutsamen Anteil an den Krankenhausfällen dar, aber der Kennzeichnung als Notfall kann man offensichtlich nicht trauen. Die Gutachter haben deshalb versucht, „echte“ Notfälle durch mehrere Charakteristika zu definieren, so zum Beispiel durch eine geringe Zeit zwischen Aufnahme und erster Prozedur oder aber die Aufnahme außerhalb der normalen Arbeitszeit. Im Ergebnis zeigt sich, dass der jährliche Mengenanstieg bei Notfällen nicht bei 4,45 Prozent liegt (wie es das Statistische Bundesamt ausweist), sondern eher bei 1,85 Prozent. Die methodischen Vorarbeiten könnten sich als wertvoll erweisen, wenn die gemeinsame Selbstverwaltung demnächst das Thema „Differenzierung des Notfallabschlags“ angeht.

Man kann darüber streiten, ob die Welt dieses Gutachten braucht. Eigentlich liegt mit der DRG-Begleitforschung, dem RWI-Gutachten, einem dicken WIdO-Krankenhaus-Report zur Mengenentwicklung und einer OECD-Studie genug analytische Aufarbeitung des stationären Geschehens vor, um endlich Maßnahmen ergreifen zu können. Aber die schwarz-gelbe Bundesregierung brauchte wohl die Gutachtenvergabe, um nicht noch vor der Bundestagswahl das politisch heikle Thema „Krankenhausreform“ angehen zu müssen. Die rund einjährige Verzögerung bei der Abarbeitung des gesetzlichen Auftrags durch die gemeinsame Selbstverwaltung dürfte als politisch willkommen gewertet werden.

Das Gutachten der Hamburger Forschergruppe um den Gesundheitsökonom Jonas Schreyögg (fachlich ergänzt um den Berliner Reinhard Busse) besteht aus zwei Teilen: einem analytischen zum Preis-Mengen-Zusammenhang und einem mit 17 kursorischen Empfehlungen für eine Reform des stationären Sektors. Von der immensen Zahlenhuberei im Analyseteil zeugt ein 16 000 Seiten starker Anhang mit Auswertungen zum stationären Leistungsgeschehen.

Die Empfehlungen zur Reform des Krankenhaussektors im letzten Teil des Gutachtens leiten sich nicht unbedingt aus der vorangehenden empiriebasierten Analyse ab. Da unterscheidet sich die Forschergruppe wenig von anderen Reformdiskutanten. Wieso beispielsweise Mindestmengen streng evidenzbasiert aus Studien abgeleitet werden sein müssen, klingt eher wie die Suche nach Folgeaufträgen. Schließlich ist „Übung macht den Meister“ ein Universalgesetz, das unabhängig davon Gültigkeit haben dürfte, ob über irgendeinen Behandlungsstrang Studien

gemacht worden sind oder nicht. Der Ärzteschaft ist das Prinzip aus der Weiterbildung bestens bekannt.

Die Empfehlungen decken nicht das gesamte Spektrum der kommenden Krankenhausreform ab. Das war auch nicht Aufgabe der Gutachter, die von GKV und DKG ein feinseliges Set von Forschungsfragen an die Hand bekommen hatten. Da die Forschungsfragen gleichermaßen die Zustimmung von DKG und GKV finden mussten, fehlen selbstredend zentrale Handlungsfelder, so zum Beispiel die Bereinigung der Krankenhausstruktur.

Deutschland hat vor allem in Ballungsgebieten zu viele kleine Krankenhäuser, und es dürfte eines der wesentlichen Reformansätze sein, diese Überkapazitäten anzugehen und gleichzeitig die Versorgung auf dem Lande sicherzustellen. Die GKV schlägt hierzu einen Restrukturierungsfonds vor, der jene Krankenhausträger unterstützt, die bereit sind, nicht mehr bedarfsnotwendige Standorte zu schließen. Es besteht Hoffnung, dass sich auch die Krankenhausseite der Idee einer solchen Strukturbereinigung nähert.