

# 1 Zielsetzung

Unsere Studie fragt nach eventuellen betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf patientenbezogene medizinische Entscheidungen. Damit wird ein Phänomen beforscht, dass es nach der derzeitigen Rechtslage gar nicht geben darf. Ärztliche Entscheidungen sollen ausschließlich die Interessen des jeweiligen Patienten berücksichtigen und nicht durch wirtschaftliche Interessen oder Ziele von Krankenhausunternehmen und/oder anderen Stakeholdern beeinflusst werden.

Ausgangspunkt ist jedoch die Hypothese, dass dieses Phänomen faktisch existiert und beim nachweislichen Anstieg der Fallzahlen und der Case-Mix-Indizes eine Rolle spielt. Wir fragen nach dem „ob“, dem „wie“ und dem „warum“. Wir fragen ferner danach, ob nach Ansicht der Befragten in der Praxis medizinethische Werte verletzt werden, insbesondere der Grundsatz des Nicht-Schaden-Sollens. Darüber hinaus interessieren wir uns für mögliche Lösungen des Problems, sofern es sich bewahrheitet.

**!** Eine solche Studie kann nicht das Ziel der Repräsentativität verfolgen. Stattdessen soll sie kritische Phänomene aufzeigen, für Probleme sensibilisieren und Anregungen für Lösungen geben.

## 2 Methode

Wir haben uns für ein primär qualitatives Forschungskonzept entschieden. Eine „Big-Data-Studie“ kam für unsere Fragestellung nicht infrage, weil Routinedaten, die zu Abrechnungszwecken erstellt werden, nach unserer Überzeugung nicht in der Lage sind, die uns wichtige persönliche Sicht der Akteure zu vermitteln und mögliche kritische Phänomene mit genügend hoher Auflösung einzufangen. Fördermittel standen uns nicht zur Verfügung.

In Anlehnung an den sozialwissenschaftlichen Ansatz der „Grounded Theory“ von Glaser und Strauss (Glaser, Strauss) und Mayring (Mayring) wählten wir leitfadengestützte Interviews als zentrales methodisches Instrument. Alle Interviews und Auswertungsschritte haben wir selbst vorgenommen. Die Gespräche sollten möglichst ehrlich sein, im vertraulichen Rahmen ohne Zeitdruck stattfinden, explorativen Charakter haben und möglichst vielfältige Perspektiven berücksichtigen. Wir nutzten dabei unsere berufliche Felderfahrung und unsere Kontakte. Der ehemalige Geschäftsführer verschiedener Krankenhäuser befragte seine Geschäftsführer-Kollegen,<sup>1</sup> der ehemalige Krankenhausarzt seine ärztlichen Kollegen. So wurden zwei Kollektive von jeweils circa dreißig Interviews angestrebt. Die Interviews wurden in der Zeit zwischen Herbst 2014 und Sommer 2015 durchgeführt. Der Forschungsprozess verlief mehrstufig, um eine Beeinflussung der Interviewpartner durch unsere Vorannahmen möglichst gering zu halten.

---

<sup>1</sup> Nachfolgend werden mit dem Begriff „Geschäftsführer“ (GF) alle Interviewpartner in vergleichbaren Positionen (Vorstandsmitglieder u.ä.) bezeichnet.

In der ersten Staffel, den Pilot-Interviews, wurden zehn Geschäftsführern und zwölf Ärzten lediglich fünf grob formulierte Fragen gestellt. Im Zentrum dieser Pilot-Interviews standen ganz allgemein die Veränderungen im deutschen Krankenhausbetrieb der vergangenen Jahre. Der Begriff „Ökonomisierung“ wurde dabei nicht erwähnt.

### Fragen der Pilot-Interviews

- In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Medizin, die Arbeit im Krankenhaus und auch das Gesundheitssystem verändert. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Arbeitssituation denken, wie würden Sie die wesentlichen Veränderungen benennen bzw. beschreiben?
- Welche Auswirkungen haben diese Entwicklungen aus Ihrer Sicht und Erfahrung auf die Medizin, die Versorgung der Patienten, die Institution Krankenhaus, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft? Bitte nennen Sie Beispiele, die Sie für besonders charakteristisch halten!
- Wie würden Sie diese Entwicklungen bzw. Veränderungen erklären? Also: Warum kam es dazu? Was sind die Hintergründe, Ursachen, Interessen? Wie bewerten Sie diese Entwicklungen hinsichtlich ihrer moralischen Legitimität?
- Was sollte Ihrer Meinung nach anders laufen?
- Skizzieren Sie aus Ihrer Sicht eine „gute Medizin“, ein „gutes Krankenhaus“ und ein „gutes Krankenhausmanagement“!

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Prinzip, möglichst unterschiedliche Perspektiven zu erkunden. Die Krankenhäuser sollten zur Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung gehören, in unterschiedlichen Bundesländern betrieben werden sowie unterschiedlichen Trägern (öffentlich-rechtlich, privat, freigemeinnützig) angehören. Bei den Ärzten wurde zudem darauf geachtet, dass unterschiedliche Fachrichtungen und Hierarchiestufen (Chefärzte, Oberärzte, Fachärzte, Assistenzärzte) vertreten waren.

Die Aussagen der befragten Geschäftsführer und Ärzte wurden von den Studien-Autoren während der Gespräche wörtlich aufgezeichnet (handschriftlich bzw. mittels Laptop). Die so entstandenen Protokolle wurden anonymisiert und um Angaben über den Ort, den Interview-Termin sowie über Zeit und Dauer des Interviews und um ein Zusatzprotokoll ergänzt, das die Umstände des Interviews und zusätzliche Bemerkungen notierte. Auf Basis der Aussagen wurden Leitkategorien gebildet, denen die entsprechenden Textabschnitte zugeteilt wurden. Zudem wurden alle Interviews gemeinsam besprochen und hinsichtlich der Kernaussagen ausgewertet.

Es folgte die Ausarbeitung eines ersten ausführlichen Berichts. Dieser wurde in drei öffentlichen Veranstaltungen in Berlin und Bremen<sup>2</sup> mit Repräsentanten aus Gesundheitswesen, Ethik, Politik, Versorgungsforschung und der interessierten Öffentlichkeit diskutiert. Es nahmen jeweils circa 60 Personen an jeder Veranstaltung teil. Von diesen Veranstaltungen wurden Ergebnisprotokolle angefertigt.

Der erreichte Wissens- und Diskussionsstand diente schließlich zur Ausarbeitung eines Interviewleitfadens mit überwiegend offenen sowie ergänzenden geschlossenen Fragen. Die genannten Fragen sind so gestellt, dass die Interviewpartner diese nach Möglichkeit nicht nur mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten sollen. Sie werden ge-

2 Universität Bremen mit Senator für Gesundheit der Hansestadt Bremen (20. Juni 2014), Berliner Wirtschaftsgespräche (23. Oktober 2014), Spreestadt-Forum TU-Berlin (3. November 2014).

beten, ihre Antworten zu begründen bzw. zu kommentieren; davon wird teilweise reichlich Gebrauch gemacht.

Einigen der Fragen des Interviewleitfadens wurde jeweils eine aus den Antworten der Pilot-Interviews übernommene Behauptung vorangestellt. Der Interviewpartner wurde in den anschließenden Fragen um Bestätigung und Verwerfen und ggf. um weitere Konkretisierung gebeten.

### Ein Beispiel

1.2: Unser Erkenntnisinteresse zielt auf die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob Sie in Ihrer täglichen Arbeit Situationen erleben, in denen Ihre Entscheidungen (und letztlich Ihr Handeln) nicht allein von medizinischen Gesichtspunkten geleitet werden, sondern auch von betriebswirtschaftlichen Vorgaben des Hauses bzw. des Krankenhausunternehmens.

Frage 1.2.1 Gibt es das? (Ja – Nein – k.A.)

Frage 1.2.2 Wie würden Sie die Häufigkeit einschätzen?

Frage 1.2.3 Geschieht das eher direkt oder eher indirekt?

Die zweite Staffel der Studie umfasste qualitative, leitfadengestützte Interviews mit 21 Geschäftsführern und 20 Ärzten, die zwischen 60 und 120 Minuten dauerten. Die Vorgehensweise und die Auswahl der Interviewpartner entsprachen denen der ersten Staffel. Im Zentrum der Thematik stand jetzt explizit das Phänomen „Ökonomisierung im Krankenhaus“.

Nach Abschluss der zweiten Phase wurden eine öffentliche Veranstaltung<sup>3</sup> (mit 60 Teilnehmern) und eine weitere, nicht-öffentliche<sup>4</sup> (mit circa 25 Teilnehmern) durchgeführt. Auf diesen wurden die Ergebnisse der Leitfaden-Interviews und noch offenen Fragen vorgestellt und diskutiert.

Ferner wurden Fokusgruppen mit den klinischen Ethikkomitees dreier Krankenhäuser einer Großstadt und drei Diskussionsrunden durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen insgesamt sechs Leitende Ärzte, acht Pflegekräfte, zwei Krankenhauseel-sorger und sechs Personen aus Management und Verwaltung teil.

Zusätzlich zu den hier aufgenommenen Äußerungen wurden Gesprächsnotizen angefertigt, wenn Ärzte sich nach den Interviews erneut meldeten, um weitere Beobachtungen und Überlegungen anzugeben.

Ergänzend wurde auf Feldnotizen zurückgegriffen, die im Rahmen klinischer Feldforschung angefertigt wurden.

Angesichts der sich abzeichnenden deutlichen Unterschiede zwischen den Antworten der Ärzte und der Geschäftsführer wurden zehn Teilnehmern der Studie schriftlich Fragen zur Erklärung der unterschiedlichen Aussagen zugesandt; die Rücklaufquote war 100%. Ergänzend wurde mit fünf Ärzten und sieben Geschäftsführern ein mehrstündiges Werkstattgespräch veranstaltet, um die bisherigen Ergebnisse und vor allem die Gründe für die Unterschiede der Antworten zu diskutieren.

<sup>3</sup> Spreestadt-Forum TU-Berlin (23. Mai 2016)

<sup>4</sup> Berliner Ärztekammer (15. Juni 2016)

Nach Auswertung auch dieser Gesprächsrunde wurden die Ergebnisse zusammengefasst und in einer öffentlichen Veranstaltung<sup>5</sup> vorgestellt, diskutiert und erneut ergänzt. Ein Entwurf mit Empfehlungen zur Vermeidung unerwünschter Ökonomisierungseffekte wurde den Teilnehmern vorab übermittelt und in der Diskussion berücksichtigt.

**Gesamtheit der Forschungsinstrumente:**

- 22 Pilot-Interviews (12 Ärzte, 10 Geschäftsführer)
- 41 Leitfaden-Interviews (20 Ärzte, 21 Geschäftsführer)
- 3 Fokusgruppen mit insgesamt 22 Teilnehmenden und drei weitere Diskussionsgruppen
- 1 gezielte schriftliche Expertenbefragung von 5 Geschäftsführern und 5 Ärzten
- 1 Werkstattgespräch mit 12 Teilnehmern (7 Geschäftsführer und 5 Ärzte)
- 5 öffentliche Veranstaltungen mit Podiumsdiskussionen sowie 1 weitere, nicht-öffentliche Veranstaltung (Vortrag und Diskussion mit den Teilnehmern)

In den Tabellen des vorliegenden Berichts – mit Ausnahme der Tabellen des Kapitels I – werden ausschließlich die Antworten der 41 Leitfaden-Interviews berücksichtigt. Die diversen Zitate sind Antworten und Kommentare aus sowohl den Pilot- als auch aus den Leitfaden-Interviews.

---

<sup>5</sup> Berliner Wirtschaftsgespräche mit etwa 80 Teilnehmern (16. November 2016)

## 3 Material

### 3.1 Die Ärzte-Interviews

In der ersten Staffel (Pilot-Interviews) wurden ausschließlich persönlich angesprochene Ärzte aus Krankenhäusern der Maximalversorgung – vorwiegend öffentlich-rechtlicher Krankenhaus-Träger – bzw. aus Universitätskliniken befragt.

Für die zweite Staffel (die Leitfaden-Interviews) wurden vermehrt Ärzte freigemeinnütziger (sieben) und privater (sieben) Krankenhäuser interviewt. Während die Teilnehmer der ersten Staffel über persönliche Kontakte ausgewählt wurden, waren die Befragten der zweiten Staffel in Krankenhäusern, bei Tagungen oder in anderen Zusammenhängen angesprochen worden. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass alle angesprochenen Ärzte zu dem Interview bereit waren, und zwar überwiegend mit starker Motivation. Den meisten war es ein Bedürfnis, über die Probleme der Krankenhausmedizin zu sprechen.

Betrachtet man die Gesamtheit der Ärzteinterviews, so lässt sich allgemein sagen, dass sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Pilot-Interviews und den nachfolgenden 20 Leitfaden-Interviews erkennen lassen. Auch zwischen den medizinischen Fachgruppen, den Krankenhauskategorien (Versorgungsstufe und Krankenhaus-Träger) und den Dienstebenen fanden sich keine verallgemeinerbaren Unterschiede. Lediglich bei einzelnen, jedoch nicht allen privaten Krankenhaus-Trägern fielen die Aussagen deutlich kritischer aus als bei Interviews mit Ärzten, die in Krankenhäusern anderer Träger beschäftigt sind. Verallgemeinert kann gesagt werden: Von wenigen Ausnahmen abgesehen, waren die Antworten der Befragten ähnlich, egal wo und wer befragt wurde.

Zur wirtschaftlichen Situation ihrer Klinik geben die meisten Ärzte keine genaue Auskunft, teils weil sie es nicht wissen, oder weil sie den ihnen mitgeteilten Aussagen nicht trauen. Viele der entsprechenden Fragen wurden vor diesem Hintergrund gar nicht erst nicht gestellt. Bei ausgewählten Tabellen wird auf diesen Aspekt der Interview-Auswertung noch einmal gesondert hingewiesen.

### 3.2 Die Geschäftsführer-Interviews

Die für die Pilot- und für die Leitfaden-Interviews gewonnenen Geschäftsführer wurden angesprochen, weil von ihnen als Ergebnis persönlicher Gespräche oder der Beteiligung an einschlägigen Veranstaltungen bekannt war, dass sie sich für die Themen „Ökonomisierung der Medizin“ und „Orientierung ärztlichen Handelns vorwiegend am Wohl der Patienten“ interessieren. Bei der Auswahl der anzusprechenden Interviewpartner wurde darauf geachtet, dass öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Träger sowie alle Versorgungsstufen und möglichst alle Bundesländer in der Stichprobe angemessen vertreten sind.

Die Ansprache erfolgte im Regelfall persönlich. Nicht immer entschied sich der Angesprochene spontan für oder gegen die Teilnahme an einem Interview. Viele von ihnen erbat die Projektskizze und haben nach deren Erhalt durch ihr Sekretariat mitteilen lassen, dass sie und wann für ein Interview zur Verfügung stehen.

Die Geschäftsführer, die um ein Pilot-Interview gebeten worden waren, waren im Regelfall dafür bereit; Absagen gab es nicht. Von den 68 Geschäftsführern, die für ein Leitfaden-Interview gewonnen werden sollten, standen am Ende 21 zur Verfügung; die Absagen wurden vor allem mit Zeitmangel begründet.

Sofern die Geschäftsführer einen Krankenhaus-Konzern oder als Regionaldirektoren eine kleinere Gruppe von Konzern-Krankenhäusern leiten, beantworteten sie die Fragen auf der Grundlage der für alle Krankenhäuser des Konzerns geltenden Unternehmensgrundsätzen – gewissermaßen stellvertretend für die Geschäftsführer, die für die einzelnen Konzern-Krankenhäuser verantwortlich sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenhaus-Geschäftsführer gleichlautend geantwortet hätten wie der Konzern-Geschäftsführer bzw. der Regionaldirektor.

### 3.3 Zusatzbefragungen von Ärzten und Geschäftsführern

Um das schriftliche Beantworten zusätzlicher Fragen und um die Teilnahme an einem Werkstattgespräch wurden Ärzte und Geschäftsführer gebeten, von denen einige bereits interviewt worden waren (Pilot- oder Leitfaden-Interview). Für andere war die Teilnahme an dem Projekt neu.

### 3.4 Merkmale der in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäuser

#### 3.4.1 Versorgungsstufe

Zwölf der in die Untersuchung einbezogenen 31 Geschäftsführer (Pilot- und Leitfaden-Interviews) stehen Krankenhaus-Konzernen vor (s. Tab. 1), in denen jeweils drei bis etwa 100 Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen zusammengeslossen sind. Neunzehn der Geschäftsführer leiten Krankenhäuser der Maximalversorgung (8), der Schwerpunktversorgung (4), der Grund- und Regelversorgung (5); 2 sind verantwortlich für Fachkrankenhäuser.

Die Zusammensetzung der Konzern-Krankenhäuser nach Versorgungsstufen ist nicht untersucht worden. Es kann aber angenommen werden, dass die Konzernvorstände und die Regionaldirektoren vor allem Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, wenige Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und nur ausnahmsweise auch ein Krankenhaus der Maximalversorgung vertreten. In den Ergebnissen der Interviews kommt deshalb das Entscheidungsverhalten von Geschäftsführern vor

Tab. 1 Zusammensetzung der in die in die Pilot- und in die Leitfaden-Interviews einbezogenen Interviewpartner/Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Art der Krankenhaus-Träger (Naegler, Wehkamp 2017, mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteblatts)

Funktion	Krankenhaus-Konzern			Krankenhaus der Maximalversorgung einschließlich Universitätsklinik			Krankenhaus der Schwerpunktversorgung			Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung			Fach-Krankenhaus			Summe		
	ör	fg	pr	ör	fg	pr	ör	fg	pr	ör	fg	pr	ör	fg	pr	ör	fg	pr
Geschäftsführer (GF)	2	7	3	7	1		2	1	1	1	3	1	1		1	13	12	6
Summe GF nach Versorgungsstufen	12			8			4			5			2			31		
Ärzte				6		6	3	8		3			1		1	13	8	11
Summe Ärzte nach Versorgungsstufen				12			15			3			2			32		
Summe GF und Ärzte	2	7	4	13	1	6	5	9	4	4	3	1	2		3	26	20	17
Summe GF und Ärzte nach Versorgungsstufen	12			20			19			8			4			63		

ör = öffentlich-rechtlich; fg = freigemeinnützig; pr = privat



allem in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie der Schwerpunktversorgung zur Geltung.

Bei den in die Untersuchung insgesamt 32 einbezogenen Ärzten (Pilot- und Leitfaden-Interviews) sind die Krankenhäuser der Maximal- und der Schwerpunktversorgung stärker vertreten als bei den Geschäftsführern (s. Tab. 1). 12 Ärzte arbeiten in Krankenhäusern der Maximalversorgung, 15 in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und 3 in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. 2 Ärzte sind in Fachkrankenhäusern tätig.

Eine Unschärfe hinsichtlich der Zusammensetzung der interviewten Geschäftsführer und Ärzte nach der Versorgungsstufe der Krankenhäuser, in denen diese beschäftigt sind, besteht auch deshalb, weil die Definition der Versorgungsstufen in den Bundesländern uneinheitlich ist. So wird zum Beispiel im Freistaat Sachsen ein Krankenhaus der Kategorie „Schwerpunkt Krankenhaus“ zugeordnet, das in einem anderen Bundesland ein „Krankenhaus der Maximalversorgung“ wäre.

### 3.4.2 Krankenhaus-Träger

26 der in die Untersuchung einbezogenen Geschäftsführer und Ärzte repräsentieren Krankenhäuser öffentlich-rechtlicher und 20 Krankenhäuser freigemeinnütziger Krankenhaus-Träger (s. Tab. 1). 17 Geschäftsführer und Ärzte arbeiten für Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

### 3.4.3 Bundesland

In die Untersuchung wurden Krankenhäuser nahezu aller Bundesländer – Ausnahmen sind die Bundesländer Saarland und Thüringen – einbezogen (s. Tab. 2). Einige der in Berlin ansässigen Geschäftsführer repräsentieren Krankenhaus-Konzerne, die Krankenhäuser in mehreren Bundesländern betreiben.

## 3.5 Merkmale der befragten Geschäftsführer und Ärzte

### 3.5.1 Funktion

12 der 31 Geschäftsführer leiten als Mitglieder des Konzernvorstands Krankenhaus-Konzerne (s. Tab. 3). 2 von ihnen sind Regionaldirektoren innerhalb anderer Krankenhaus-Konzerne und in dieser Funktion verantwortlich für jeweils eine kleinere Gruppe (drei bis fünf) Krankenhäuser jeweils unterschiedlicher Versorgungsstufen. Die überaus größere Zahl der Interviewpartner (17) ist als Geschäftsführer, Mitglied einer mehrköpfigen Krankenhausleitung oder eines mehrköpfigen Vorstandes tätig.

Von den insgesamt in die Untersuchung einbezogenen 32 Ärzten sind 15 Ärzte in der Weiterbildung bzw. haben diese als Facharzt abgeschlossen, 13 sind Ober- und 4 Chefärzte (s. Tab. 4).