

Simon, Michael

Working Paper

Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen

WZB Discussion Paper, No. P 01-205

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Simon, Michael (2001) : Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, WZB Discussion Paper, No. P 01-205, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47407>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P01-205

Die Ökonomisierung des Krankenhauses

Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele
auf patientenbezogene Entscheidungen

von

Michael Simon

Berlin, September 2001

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Durch verschiedene Änderungen der Krankenhausfinanzierung sind Krankenhäuser seit 1993 einem verstärkten wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. In einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt wurde untersucht, ob und in welchen Bereichen die Einführung prospektiver Finanzierungsformen zu Veränderungen in der Patientenversorgung geführt hat. Das Papier fasst die wesentlichen Ergebnisse des Forschungsprojektes zusammen.

Im Mittelpunkt der Studie standen 71 qualitative Interviews mit kaufmännischen Leitungen, Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern sowie externen Experten aus den Bereichen Krankenhausberatung, zuständigen Länderbehörden und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung. Die Interviews erbrachten zahlreiche Hinweise darauf, dass patientenbezogene Entscheidungen zunehmend von ökonomischen Zielen der Krankenhäuser beeinflusst werden.

Unter der Budgetdeckelung wurde die sogenannte »Punktlandung«, die möglichst exakte Erreichung der mit den Krankenkassen vereinbarten Leistungszahlen (Fallzahlen, Bettenbelegung, Erlöse etc.) zu einem zunehmend wichtigeren Ziel. Voraussetzung für eine erfolgreiche »Punktlandung« ist vor allem, dass ärztliche Entscheidungen über die Aufnahme, Indikationsstellung für Eingriffe, Verlegung oder Entlassung von Patienten im Rahmen einer medizinischen Leistungssteuerung auf die jeweiligen ökonomischen Ziele der Klinik ausgerichtet werden.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	7
2	GEÄNDERTE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR KRANKENHÄUSER	13
2.1	Neuregelung der Krankenhausfinanzierung	13
2.2	Krankenkassen unter Druck	17
2.3	Verstärkter Bettenabbau	18
2.4	Rückzug öffentlicher Krankenhausträger	19
3	DER WACHSENDE EINFLUSS ÖKONOMISCHER ZIELE AUF PATIENTENBEZOGENE ENTSCHEIDUNGEN	22
3.1	Kostenmanagement und Leistungssteuerung	26
3.1.1	Die »interne Budgetierung«	28
3.1.2	Das Konzept der »Leistungssteuerung«	30
3.1.3	Das monatliche Auf und Ab: Gas geben und abbremsen für die »Punktlandung«	32
3.2	Steuerung der Patientenaufnahme	36
3.2.1	Der Griff zur 'Notbremse': Budget erschöpft – Bettensperrung	39
3.2.2	Der geräuschlosere Weg: Kontinuierliche Steuerung der Patientenaufnahme	42
3.2.3	Verschiebung planbarer Eingriffe und Wartelisten	46
3.2.4	Patientenaufnahme und Risikoselektion	47
3.2.5	Abweisung von Notfallpatienten	49
3.3	Änderung von Versorgungsstandards	52
3.3.1	Verweildauerreduzierung und die soziale Dimension der Krankenhausbehandlung	52
3.3.2	Indikationsstellung und ökonomische Kalküle	54
3.3.2.1	Ausweitung von Indikationen	56

3.3.2.2	Rückkehr zu alten Standards	63
3.3.3	Zunahme interner Verlegungen	65
3.4	Budgetorientierte Verlegung und Entlassung	68
3.4.1	Flexible Verweildauersteuerung für die Punktlandung	68
3.4.1.1	Belegungsorientierte Verweildauersteuerung	71
3.4.1.2	Kostenorientierte Verweildauersteuerung	72
3.4.1.3	Quicker and sicker?	73
3.4.2	Externe Verlegungen als Mittel der Risikoselektion	73
3.4.2.1	Verlegungen in andere Krankenhäuser	74
3.4.2.2	Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen	78
4	SCHLUSSBETRACHTUNG	79
5	LITERATURVERZEICHNIS	87

1 Einleitung

Seit 1993 haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in Deutschland tiefgreifend verändert. Die Budgets wurden gesetzlich begrenzt und ein vollkommen neues Vergütungssystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten eingeführt. Ziel der verschiedenen gesetzgeberischen Eingriffe in den 90er Jahren war die Ablösung des seit 1972 geltenden »Selbstkostendeckungsprinzips« durch Formen prospektiver Finanzierung. Die Erstattung nachgewiesener Selbstkosten, wie sie in der Regel noch bis 1992 in den Budgetverhandlungen praktiziert wurde, sollte durch ein System einheitlicher Preise ersetzt werden, die unabhängig von den jeweiligen Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses gezahlt werden.

Die »Budgetdeckelung«, also die Begrenzung des jährlichen Anstiegs auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder, und vor allem die Einführung von Fallpauschalen sollte nach den Vorstellungen der Bundesregierung „die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten motivieren“ (BT-Drs. 12/3608: 133) und insbesondere dazu beitragen, „die Verweildauer der Patienten zu verkürzen“ (BR-Drs. 381/94: 1), ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen.¹ Auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung war mit der Deckelung und Einführung eines neues Entgeltsystems die Erwartung verbunden, dies würde „tendenziell zu einer effizienteren Krankenhausversorgung führen“ (Reher 1993: 25), denn: „die Aussicht auf Überschüsse, die Gefahr des nicht ausgleichbaren Verlustes könnte alles Überflüssige aus dem Krankenhaus verbannen, die Verweildauer auf das medizinisch Notwendige reduzieren und unproduktive Bettenberge abbauen helfen“ (Fiedler 1996: 41).

Den sehr optimistischen Erwartungen standen jedoch auch Bedenken gegenüber, da von prospektiver Finanzierung starke Anreize zur Reduzierung von Qualitätsstandards, zur vorzeitigen Entlassung von Patienten und zur Patientenselektion unter Kosten-Erlös-Erwägungen ausgehen würden (so u. a. Arnold 1992; Arnold/Straub 1993; Bruckenberg 1994a; Eichhorn 1993; Kühn 1992).

Über mögliche Auswirkungen prospektiver Finanzierung konnte allerdings nur spekuliert werden, denn es galt immer noch: „Verglichen mit der wissenschaftlichen Aufarbeitung des Industrie- und Verwaltungsbereiches ist der Stand der arbeits- und sozialwissenschaftlichen Krankenhausforschung als minimal zu klassifizieren“ (Feuerstein/ Badura 1991: 72).

Dennoch aber sollte – wie im Gesundheitsstrukturgesetz vorgegeben – spätestens zum 1.1.1996 die Umstellung auf das neue Entgeltsystem erfolgen. Dies stieß auf deutliche Kritik:

- Da niemand vorhersehen könne, „wie die Krankenhäuser und die Krankenkassen tatsächlich reagieren werden“ (Eichhorn 1993: 118), sei die Einführung von über Fallpauschalen im Grunde ein „bundesweiter Feldversuch“ (ebd.: 122).

¹ „Die medizinische Leistungsfähigkeit und die Versorgungsqualität der Krankenhäuser wird nicht beeinträchtigt, die Wirtschaftlichkeit wird erhöht“ (BT-Drs. 12/3608: 67).

- Von Seiten der für den Krankenhausbereich zuständigen Länderbehörden wurden Zweifel an der Steuerbarkeit der eingeleiteten Entwicklung geäußert: „Es kann kein Zweifel sein, dass die Einführung vorgegebener Sonderentgelte und Fallpauschalen für gewichtige Leistungsbereiche der Krankenhausversorgung einem Großexperiment für alle Krankenhäuser gleichkommt. Mit guten Gründen lässt sich fragen: Wird die hier in Gang gesetzte Entwicklung überhaupt steuerbar bleiben, und wenn ja, wie und wohin wird sie gesteuert?“ (Müller 1993: 503).
- Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) handelte es sich bei der Einführung von Fallpauschalen um ein „Massenexperiment mit nicht vorhersehbaren Auswirkungen für die Krankenhausversorgung und die Patienten“ (Regler 1994: 4).
- In einer gemeinsamen Stellungnahme wiesen die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung darauf hin, das neue Entgeltsystem sei „weder medizinisch noch ökonomisch ausreichend diskutiert worden. Über die Auswirkungen auf die Patientenversorgung kann nur spekuliert werden“ (DKG/GKV 1995: 8).

Trotz der vorgebrachten Bedenken wurde das neue Entgeltsystem zum geplanten Zeitpunkt eingeführt und für alle Krankenhäuser verbindlich die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für einen Teil der Leistungen vorgegeben. Allerdings hatte der Bundesrat seine Zustimmung zum neuen Entgeltsystem an die Bedingung geknüpft, dass dessen Auswirkungen im Rahmen einer mindestens dreijährigen wissenschaftlichen Begleitforschung untersucht werden. Die Untersuchung sollte neben betriebswirtschaftlichen Fragen ausdrücklich auch die Auswirkungen auf Leistungsqualität und -struktur einbeziehen.² Von den Ergebnissen dieser Begleitforschung wollten Vertreter der Länderbehörden ihre Zustimmung zur Weiterführung der Reform abhängig machen.³

Entgegen der Forderung des Bundesrates vergab das Bundesministerium für Gesundheit aber nur einen auf die ökonomischen Auswirkungen begrenzten Forschungsauftrag. Die beauftragten Institute hatten dem BMG zwei Untersuchungsmodule vorgelegt, ein Modul zu den rein ökonomischen Auswirkungen – beispielsweise zum durchschnittlichen Anteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte an den Krankenhausbudgets – und ein zweites zu den Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Das BMG finanzierte jedoch lediglich Teile des ersten, rein betriebswirtschaftlichen Moduls. Die Auftragserteilung für das zweite Modul wurde vom BMG 1996 unter Verweis auf eine Haushaltssperre zunächst verschoben. 1997 lehnte der für die Begleitforschung gebildete Beirat auf „auf Wunsch des Auftraggebers“ BMG eine Untersuchung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung ebenso wie die von den Instituten vorgeschlagene Expertenbefragung endgültig ab (DKI/Gesundheitsforschung 1999: 15). Zu-

² „Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden“ (BR-Drs. 381/2/94: 14).

³ „Letztlich wird von den Ergebnissen der Begleitforschung abhängen, ob das Massenexperiment ‘neues Entgeltsystem’ mit den zugrunde liegenden Bewertungsrelationen gestützt wird oder sich als zu korrigierender Irrweg erweist“ (Obst 1994: 535).

dem beendete das Ministerium das Forschungsprojekt ein Jahr früher als geplant, so dass die Auswertung des Jahres 1998 nicht mehr vollendet werden konnte (ebd.).

Die Weigerung, auch die Auswirkungen auf die Patientenversorgung untersuchen zu lassen, sowie die vorzeitige Beendigung des Forschungsprojektes wurde vom BMG nach Angaben der Institute mit der Auffassung begründet, dass die Wirkungen des neuen Entgeltsystems – also insbesondere von Fallpauschalen und Sonderentgelten – nicht mehr eindeutig von denen der Deckelung zu unterscheiden seien (ebd.: 16).

Aus der Beschränkung des Untersuchungsauftrages auf rein ökonomische Fragen ergab sich aus Sicht der beauftragten Institute, „dass mögliche Veränderungen auf der Patientenebene im Hinblick auf die Behandlung nicht bzw. nur unzureichend einbezogen werden können und somit ein zentraler Aspekt der Wirkungen auf die Leistungsqualität unberücksichtigt bleibt“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 14). Der im Jahr 1999 vorgelegte Abschlussbericht der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 musste sich weitgehend auf die Aufbereitung und Analyse von Kosten- und Leistungsdaten von Krankenhäusern beschränken.

Zwar bemühten sich die beauftragten Instituten trotz des beschränkten Forschungsauftrages, auch die Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu erfassen, aber die gewählte Erhebungsmethode stieß in dieser Frage an ihre Grenzen. Wenn jeweils nur ein Fragebogen je Krankenhaus oder Verband versendet wird, und dieser Bogen in der Regel von der Krankenhausleitung oder Verbandsführung ausgefüllt wird, sind auf diesem Weg kaum valide Daten über den letztlich auch straf- und haftungsrechtlich relevanten Bereich ärztlicher Entscheidungen zu erhalten. Weder wurden mit dieser Methode die direkt am Patienten tätigen Ärzte und Pflegekräfte erreicht, noch waren auf diesem Weg empirische Daten zu erhalten über die Handlungsmotive behandelnder Ärzte beispielsweise bei Patientenaufnahmen und -verlegungen, Indikationsstellungen, Änderungen von Therapiestandards, Abweisung von Notfallpatienten etc.⁴

Während es aus gesundheitswissenschaftlicher und sicherlich auch gesundheitspolitischer Sicht zu begrüßen ist, dass die beauftragten Institute – im Grunde gegen den Willen ihres Auftraggebers BMG und ohne entsprechende Mittel – versuchten Auswirkungen der Reform auf die Patientenversorgung zu erfassen, wirft die Haltung des BMG in dieser Angelegenheit eine Reihe von Fragen auf.

Die Begründung, die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems seien durch die zahlreichen Reformen Mitte der 90er Jahre nicht mehr von denen der weitergeführten Budgetdeckelung zu unterscheiden, kann zum einen sachlich nicht überzeugen und wirft zudem die Frage nach dem Verständnis von politischer Verantwortung für politische Eingriffe auf. Immerhin hat das BMG als zuständiges Ministerium des Bundes alle diese Eingriffe und Reformen als Gesetzesentwürfe wenn schon nicht in den politischen Prozess eingebracht, dann doch zumindest

⁴ Zur kritischen Würdigung der Begleitforschung vgl. Simon 1998.

maßgeblich formuliert, und kann als politisch verantwortliches Bundesressort sowohl für die Auswirkungen der Deckelung wie auch der Einführung des neuen Entgeltsystems gelten.

Dass die Begründung, eine Unterscheidung der Wirkungen in solche der Budgetdeckelung und solche des neuen Entgeltsystems sei nicht möglich, sachlich nicht überzeugen kann, zeigen die im Hauptteil dieses Papiers zitierten Auszüge aus Interviews mit Beschäftigten und Experten des Krankenhausbereichs. Sie belegen, dass einzelne Handlungsstrategien im Krankenhaus von den beteiligten Akteuren sehr wohl einzelnen Bestimmungen des Finanzierungsrechts zugeordnet werden. Dazu ist es jedoch keineswegs erforderlich, dass der einzelne Arzt den entsprechenden Paragraphen oder die passende Fußnote in der Anlage der Bundespflegegesetzverordnung exakt benennen kann. Wenn von „Punktlandung“ oder „Mengensteuerung“ im Krankenhausbereich die Rede ist, dann kann man – sofern man sich im Finanzierungsrecht einigermaßen auskennt – diese Begriffe und die damit verbundenen Handlungskonzepte sehr wohl bestimmten Paragraphen zuordnen.⁵

Die Haltung des BMG wirft allerdings die Frage auf, ob es dort Mitte der 90er Jahre überhaupt ein Interesse an einer ergebnisoffenen Untersuchung der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gab. Immerhin ging die Initiative zur Begleitforschung nicht vom BMG, sondern vom Bundesrat aus. Die Länder mussten die Bundesregierung zu dieser Begleitforschung im Grunde zwingen, indem sie ihre Zustimmung zur Bundespflegegesetzverordnung 1995 von der Zusage der Regierung zu der Untersuchung abhängig machten.

Nach den deutlichen kritischen Stimmen auf Ländereite vor Inkrafttreten sowohl der Deckelung wie auch des neuen Entgeltsystems war allerdings zu erwarten, dass – wenn die Begleitforschung negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu Tage fördern würde – das Projekt „Neues Entgeltsystem“ ernsthaft gefährden wäre. Ein weiterer Ausbau in Richtung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem – wie er von Anfang an geplant war – hätte mit erheblichen Widerständen nicht nur bei den zuständigen Länderressorts rechnen müssen, ganz zu schweigen von einer für dieses Reformprojekt wahrscheinlich eher hinderlichen Resonanz in den Medien.

Insofern reicht die Bedeutung der Ergebnisse der Begleitforschung über die Geltungsdauer der Bundespflegegesetzverordnung 1995 hinaus. Es ging bei den Entscheidungen über den Zuschnitt des Forschungsauftrages im Grunde also bereits um die Frage der Akzeptanz eines vollständigen Fallpauschalensystems, das nun dabei ist Gestalt anzunehmen als deutsche Adaption des australischen AR-DRG-Systems.

Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung der Auswirkungen prospektiver Finanzierung auf die Patientenversorgung können die Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem unterstützen oder aber in Frage stellen. Dabei ist es – um auf das Argument des BMG zurückzukommen – letztlich nachrangig, ob es sich um eine Deckelung mit Pflegesätzen und pauschalierten Entgelten oder ein gedeckeltes Fallpauschalensystem handelt. Die in

⁵ In diesem Fall für das Jahr 1998 beispielsweise vor allem § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 BPflV 1995 i.d.F.d. 5. Änderungsverordnung vom 16.12.1997.

der Begründung des BMG implizierte Forderung nach einer eindeutigen Trennung der Wirkungen des neuen Entgeltsystems von denen der Budgetdeckelung erscheint insofern unangemessen, da das BMG seit Mitte der 90er Jahre immer wieder betonte, dass es eine Abkehr von der Deckelung nicht geben werde, da dies die Beitragssatzstabilität der GKV gefährden würde. Auch das geplante DRG-System wird – nach dem derzeitigen Stand der Diskussion und entsprechend den Gesetzentwürfen des BMG – ein ‘gedeckeltes’ Fallpauschalensystem sein. Insofern hätte die Untersuchung eines ‘reinen’ neuen Entgeltsystems ohne Deckelung überhaupt keinen Sinn gemacht, da ein solches System in Deutschland auf der gesundheitspolitischen Agenda weder stand noch steht.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ausgangs- und Problemlage führte die Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin ein Forschungsprojekt durch, das darauf zielte, mit Methoden der qualitativen Sozialforschung einen Beitrag zur verbesserten Einschätzung der Auswirkungen prospektiver Finanzierung zu leisten. Das vorliegende Papier fasst die wesentlichen Ergebnisse dieses Forschungsprojektes zusammen.⁶

Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes stand die Frage, ob die Budgetdeckelung und das neue Entgeltsystem zu Veränderungen der Patientenorientierung in Krankenhäusern geführt haben. Zu diesem Zweck wurden zwischen 1997 und 1999 insgesamt 71 qualitative, teilstrukturierte Interviews geführt, davon 55 Interviews in fünf ausgewählten Krankenhäusern und 16 Interviews mit Experten aus anderen Krankenhäusern, Verbänden, Landesbehörden und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung. Bei der Auswahl der fünf Krankenhäuser wurde angestrebt, trotz der geringen Anzahl ein Maximum an Varianz zu erreichen. Unter den fünf Kliniken waren vertreten:

- unterschiedliche Regionen (Nord-, West-, Ost- und Süddeutschland; Stadtstaaten, Großstädte und ländliche Region),
- unterschiedliche Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximal-/Zentralversorgung),
- unterschiedliche Trägerschaften (öffentliche, freigemeinnützige und private Träger) sowie
- unterschiedliche Rechtsformen (Landesbetrieb, kommunaler Regiebetrieb, kommunale GmbH, GmbH in kirchlicher Trägerschaft, private GmbH).

Auf nähere Angaben zu den in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäusern wird an dieser Stelle verzichtet, um die den Interviewten zugesicherte Anonymität nicht zu gefährden. Aus dem gleichen Grund sind in den zitierten Interviewpassagen alle Aussagen, die eine Identifizierung nicht nur von Personen, sondern auch von Krankenhäusern oder Regionen er-

⁶ „Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung“, Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01 EG 9525/8), durchgeführt von der Arbeitsgruppe Public Health, Leitung: Hagen Kühn, Bearbeitung: Michael Simon.

möglichen würden, ausgespart worden.⁷ Dies erschien weniger wegen einer möglichen externen als vielmehr im Hinblick auf eine relativ leichte krankenhauserne Zuordnung von Aussagen zu Interviewpartnern erforderlich. Aus der Anordnung der Interviewzitate lässt sich keine Zusammengehörigkeit zum gleichen Krankenhaus ableiten, selbst wenn einige der Interviewauszüge den Eindruck erwecken können, sie seien auf einander bezogen. Die Austauschbarkeit der Zitate, die sich im Grunde zur Darstellung eines einzelnen fiktiven Krankenhauses zusammen führen ließen, können als Beleg dafür gewertet werden, dass es sich bei den vorgefundenen und hier dargestellten Veränderungsprozessen nicht um singuläre Erscheinungen handelt, die lediglich „anekdotische Evidenz“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 149) besitzen, sondern um Entwicklungen, die in vielen Krankenhäusern anzutreffen sind.

Das vorliegende Papier ist wie folgt aufgebaut: Zunächst wird in knapper Form auf die Veränderung von Rahmenbedingungen der Krankenhäuser eingegangen. Auf eine ausführlichere Darstellung der verschiedenen Reformen der Krankenhausfinanzierung seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wird verzichtet, sie ist in dieser Reihe im Rahmen des genannten Forschungsprojektes bereits erschienen (Simon 1997) und kann im übrigen der entsprechenden Fachliteratur entnommen werden.⁸

Im Hauptteil werden die festgestellten Veränderungen patientenbezogener Entscheidungen entlang des üblichen Versorgungsverlaufs einer Krankenhausbehandlung herausgearbeitet, beginnend mit Entscheidungen über die Patientenaufnahme über Entscheidungen während der Krankenhausbehandlung bis zu Entscheidungen über die Verlegung oder Entlassung eines Patienten. Im Schlussteil wird die Bedeutung der Ergebnisse diskutiert und möglicher Handlungsbedarf sowohl für die Gesundheitspolitik wie auch die gesundheitswissenschaftliche Forschung angesprochen.

Entsprechend der gewählten Methode können die Ergebnisse der Interviews keineswegs den Anspruch der Repräsentativität erheben. Mit den gegebenen Ressourcen und den eingesetzten Methoden war nur eine explorative Studie möglich, der im Grunde eine breiter angelegte auch mit quantitativen Methoden arbeitende Untersuchung folgen müsste. Auch aus diesem Grunde wurde zuvor ausführlicher auf die Probleme der Begleitforschung eingegangen. Nach den vorliegenden Erfahrungen erscheint es sinnvoll, zukünftige Evaluationsforschung zu diesem Themenbereich, in den das Bundesministerium für Gesundheit mit eigenen politischen Interessen verstrickt ist, finanziell und konzeptionell unabhängig vom BMG durchzuführen.

⁷ An dieser Stelle einige Erläuterung zur Zitierweise bei Interviewzitate: „B“ steht für Befragte(r) und „I“ für Interviewer. Die Zahlen nach der Berufsbezeichnung (z. B. 73/79) geben die erste und letzte Zeile der entsprechenden Stelle in der Interviewtranskription an. Durch die unterschiedlichen Formatierungen sind die Zeilen im vorliegenden Bericht nicht identisch mit denen in den Transkriptionen.

⁸ Besonders zu empfehlen ist der kurz gehaltene Überblick im Abschlussbericht zur Begleitforschung (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 26-37). Zur ausführlichen Darstellung des Finanzierungsrechts vgl. u.a. Breitmeier 1995; Tuschen/Quaas 1998; zur politikwissenschaftlichen Analyse der verschiedenen Reformen der Krankenhausfinanzierung in den 90er Jahren vgl. Simon 2000.

2 Geänderte Rahmenbedingungen für Krankenhäuser

Die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in Deutschland sind seit Anfang der 90er Jahre weitreichenden Veränderungen unterworfen worden. Zwar sind Krankenhäuser seit ca. zwei Jahrzehnten immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik und Ziel gesetzgeberischer Eingriffe gewesen, die gegenwärtigen Entwicklungen dürften in ihrer Bedeutung und in ihren Auswirkungen auf die stationäre Versorgung aber weit über frühere Veränderungen hinausgehen. Nicht nur, dass die 1993 begonnene Reform der Krankenhausfinanzierung erheblich weiter ging, als alle bisherigen Reformen seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972, diese Reform wurde auch begleitet durch weitere Veränderungen in der Krankenhausumwelt, die vielfach zu Verunsicherungen in Krankenhäusern geführt haben.

Krankenhäuser sehen sich seit 1993 einem wachsenden ökonomischen und politischen Druck ausgesetzt, der vor allem von vier Bereichen der Krankenhausumwelt ausgeht:

- den krankenhauspolitischen Interventionen zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung durch die Bundesregierung,
- einer restriktiveren Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen,
- einer wachsenden Bereitschaft der Länder zur Streichung von Planbetten und
- einem zunehmenden Rückzug öffentlicher Krankenhausträger aus der wirtschaftlichen Verantwortung für ihre Krankenhäuser.

2.1 Neuregelung der Krankenhausfinanzierung

Der stärkste Druck ging in den 90er Jahren ohne Zweifel von der Reform der Krankenhausfinanzierung aus, beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG), gefolgt von einer neuen Bundespflegesatzverordnung und mehreren weiteren Gesetzes- und Verordnungsänderungen in den Jahren 1995 bis 1997.

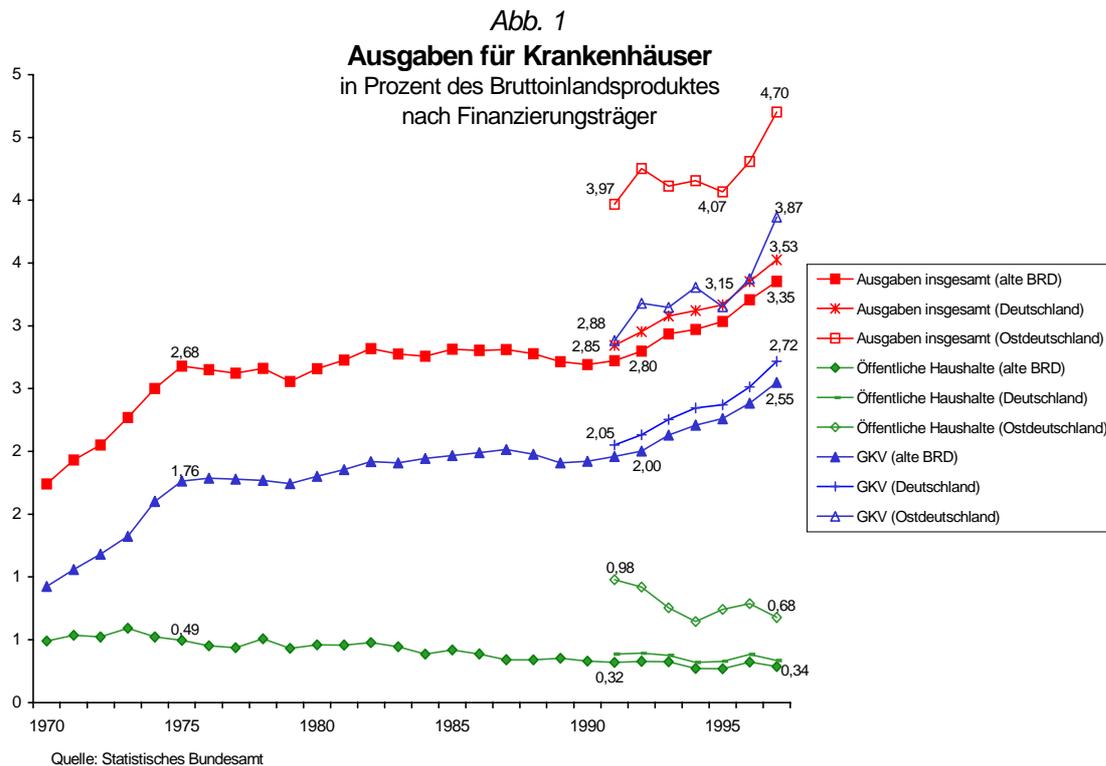
Die besondere Bedeutung des Finanzierungsrechts ergibt sich daraus, dass Krankenhäuser in der Preisgestaltung für die Versorgung sozialversicherter Patienten nicht frei sind, sondern einer staatlichen Reglementierung unterliegen. Wichtigste Rechtsgrundlagen der Krankenhausfinanzierung sind das 1972 geschaffene und seitdem mehrfach geänderte Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Das Pflegesatzrecht enthält zahlreiche Vorgaben für die Kalkulation der Pflegesätze und zu den Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Sozialleistungsträgern über die Höhe des jährlich neu zu vereinbarenden Budgets und der daraus abzuleitenden Pflegesätze. Die Budgetvereinbarung bedarf der Genehmigung durch die jeweils zuständige Landesbehörde, in der Regel das Sozialministerium. Da ca. 90 % der Krankenhauspatienten sozialversichert sind, haben Änderungen des Pflegesatzrechts überragenden Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Im folgenden werden die wichtigsten gesetzgeberischen Eingriffe in das Recht der Krankenhausfinanzierung zwischen 1993 und 1997 skizziert.

Das am 1.1.1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) enthielt einen umfassenden krankenhausbezogenen Teil. Wichtigste Bestandteile waren die Begrenzung der Steigerungsraten der Krankenhausbudgets (Budgetdeckelung) für die Jahre 1993, 1994 und 1995, die Zulassung von vor- und nachstationärer Behandlung sowie des ambulanten Operierens im Krankenhaus und die Einführung eines neuen Entgeltsystems ab dem Jahr 1996. Die ursprünglich nur als „Sofortbremsung“ (BT-Drs. 12/3209: 41) bis 1995 geplante Budgetdeckelung gab den Krankenhäusern eine Begrenzung der Budgetzuwächse um die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied vor.

Dass die Deckelung den Krankenhäusern als wirtschaftliche Bedrohung gesehen wurde, mag der Vergleich zweier Steigerungsraten verdeutlichen: Waren die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung in Westdeutschland 1992 gegenüber dem Vorjahr noch um 9,8 % gestiegen, so lautete die entsprechende Maßgröße für die Erhöhung der Krankenhausbudgets nach Gesundheitsstrukturgesetz (§ 270a SGB V) für 1993 3,1 %. Wegen dieser absehbaren Reduzierung der Budgetsteigerungsraten hatten die Vertreter der Krankenhausträger protestiert und vorhergesagt, infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes käme es in den Krankenhäusern zu „massiven Defiziten, Leistungseinschränkungen und Qualitätsminderung“ (Ries 1992: 271; DKG 1992b).

Allerdings wurde dabei wohl übersehen, dass der ‘Deckel’ zahlreiche ‘Löcher’ in Form von *Ausnahmeregelungen* hatte. So waren nach § 4 BPfIV (i.d.F.d. GSG 1993) von den Krankenkassen über die vorgegebene Begrenzung hinaus unter anderem bestimmte Veränderungen des Leistungsangebots, zusätzliche Stellen im Pflegedienst auf Grund der ebenfalls 1993 in Kraft getretenen Pflege-Personalregelung und die tatsächlichen Personalkostensteigerungen aufgrund von Tarifierhöhungen zu erstatten. Die Ausnahmeregelungen führten dazu, dass in den Jahren 1993 bis 1995 die tatsächlichen Budgeterhöhungen und somit die Ausgaben der Krankenkassen deutlich stärker stiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Simon 1997: 22). Die Deckelung nach GSG erwies sich für die Krankenhäuser somit weniger als wirtschaftliche Bedrohung denn als eine ökonomisch relativ erfolgreiche Periode, da ihnen in wichtigen Bereichen ein Anspruch auf Deckung ihrer tatsächlichen Selbstkosten zugesprochen worden war, wie ihn das vorhergehende Recht nicht eingeräumt hatte.

Ab 1996 wurde die Situation allerdings schwieriger, da die Fortsetzung der Deckelung in Teilbereichen eine Verschärfung der Bedingungen und ab 1997 eine 1%ige pauschale Kürzung aller Krankenhausbudgets brachte. Dennoch aber blieb der Trend eines allgemeinen Ressourcenzuwachses für den Krankenhausbereich ungebrochen, wie der Blick auf die Entwicklung der Gesamtausgaben für Krankenhäuser zeigt (Abb. 1).



Die ökonomische Tatsache, dass seit Inkrafttreten der Budgetdeckelung – erstmals seit mehr als zwei Jahrzehnten – ein deutlicher Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen für Krankenhäuser zu verzeichnen ist, steht allerdings in einem eigentümlichen Widerspruch zur subjektiven Wahrnehmung vieler Beschäftigter in Krankenhäusern, wie sie sich in den von uns geführten Interviews zeigte. Aus Sicht der Beschäftigten, aber auch vielfach der Leitungskräfte, ist die Zeit seit 1993 mit knapper gewordenen Ressourcen, gestiegenem Arbeitsdruck und Verunsicherung von Arbeitsverhältnissen verbunden. Exemplarisch hierzu der folgende Auszug aus einem Interview mit dem Geschäftsführer einer Krankenhaus-GmbH, die Mitte der 90er Jahre wirtschaftlich sehr erfolgreich war:

„Und vielen Menschen ist nach wie vor im Gesundheitswesen nicht bewusst, was sich extern Dramatisches eigentlich abspielt. Weil im Krankenhaus, wir erleben es ja jetzt erstmals, dass Krankenhäuser auch geschlossen werden, wo es keine Übernahme in anderen Häusern gibt, das ist der Reha-Bereich, das ist ja erst die Vorstufe, das, was sich da abspielt im Reha-Bereich, dass Kliniken geschlossen werden von heute auf morgen, glaubte man da an eine Branche, die sich nur im Wachstum begriffen fühlte, ist das ja ein radikaler Schlag. Und so wird es auch noch im Krankenhausbereich kommen (Geschäftsführer 01: 159-166).

Auffällig an diesem wie auch an den anderen Interviews mit kaufmännischen Leitungen war, dass es sich im Grunde immer um Einschätzungen der zukünftigen Entwicklung handelte. Über die vergangene oder gegenwärtige wirtschaftliche Situation der eigenen Klinik wurden entweder keine Angaben gemacht oder es wurde zufrieden festgestellt, man sei eigentlich recht gut zurecht gekommen. Konkrete Daten über die wirtschaftliche Lage, bspw. eine Gewinn- und Verlustrechnung, waren – wenn darum gebeten wurde – nicht zu erhalten, da es

sich um hoch sensible Daten handele.⁹ Es ist eine der offen gebliebenen Fragen des Forschungsprojektes, wie der Widerspruch zwischen subjektiver Wahrnehmung von Knappheit in Krankenhäusern und volkswirtschaftlichen Daten über Ressourcenzuwachs aufgelöst werden kann.

Die nach der Einführung und Fortsetzung der Budgetdeckelung zweite bedeutende Veränderung der Krankenhausfinanzierung war die Einführung eines neuen Entgeltsystems durch eine neu gefasste Bundespflegesatzverordnung. Der bis dahin geltende für alle Patienten gleiche allgemeine tagesgleiche Pflegesatz wurde 1996 durch ein System differenzierter Entgelte ersetzt. Hauptelemente des seitdem geltenden neuen Entgeltsystems sind:

- ein für das gesamte Krankenhaus einheitlicher *Basispflegesatz* (bspw. für die Leistungen der Küche, Verwaltung, allgemeinen Patientendienste etc.),
- *Abteilungspflegesätze* für jede bettenführende Abteilung und
- *Sonderentgelte* und *Fallpauschalen* für eine Reihe von Operationen und diagnostischen Maßnahmen (z.B. Herzkatheteruntersuchungen).

Während der Basispflegesatz und die Abteilungspflegesätze auf Grundlage der krankenhausspezifischen Selbstkosten kalkuliert werden, handelt es sich bei den Fallpauschalen und Sonderentgelten um einheitliche pauschalierte Vergütungen, die für alle Krankenhäuser einer Region in gleicher Höhe gezahlt werden.

Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden bislang nur für chirurgische Fächer und einige diagnostische Maßnahmen entwickelt. Aber auch die meisten chirurgischen Fächer werden bei weitem noch nicht vollständig erfasst. Nach den Ergebnissen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 hatten Fallpauschalen und Sonderentgelte im Jahr 1997 durchschnittlich einen Anteil von ca. 25 % an den Gesamterlösen eines Krankenhauses (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 65). Zwischen den verschiedenen Fachgebieten zeigten sich allerdings zum Teil erhebliche Unterschiede.

Während für die Psychiatrie oder Neurologie keine Fallpauschalen und Sonderentgelte vorgegeben waren und für die Innere Medizin nur einige diagnostische Sonderentgelte, überwiegend in der Kardiologie, hatten die pauschalierten Entgelte für die Herz- und Gefäßchirurgie, Gynäkologie und Augenheilkunde 1997 bereits eine sehr hohe Bedeutung erlangt. In der Herzchirurgie wurden ca. 70 %, in der Gefäßchirurgie knapp 60 %, in der Gynäkologie und Geburtshilfe ca. 45 % und in der Augenheilkunde knapp 70 % aller Behandlungsfälle über Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet (Tab. 1). In der Kardiologie wurden auf Grund

⁹ Mit Inkrafttreten der Bundespflegesatzverordnung 1995 entfiel die Verpflichtung der Krankenhäuser einen Kosten- und Leistungsnachweis (KLN) vorzulegen. Die Budgetverhandlungen werden seit 1996 auf Grundlage einer Leistungs- und Kalkulationsaufstellung geführt, die lediglich Angaben über die voraussichtliche Entwicklung der Kosten und Erlöse enthält. Die Krankenkassen sind nicht mehr in der Lage, Überschüsse oder Verluste von Krankenhäusern zu erkennen. Dies war auch erklärter politischer Wille, da eine Steuerung über ökonomische Anreize voraussetzt, dass in Krankenhäusern auch Überschüsse entstehen können, die nur dann wirklich vor dem Zugriff der Kassen geschützt sind, wenn sie nicht offengelegt werden müssen.

der Einführung von Sonderentgelten für Herzkatheteruntersuchungen ca. 45 % aller Fälle als Sonderentgelt abgerechnet.

Tab. 1

**Anteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte
nach Fachabteilungen**

Fachabteilung	Abgerechnete Sonderentgelte		Abgerechnete Fallpauschalen	
	in % aller Fälle		in % aller Fälle	
	1996	1997	1996	1997
Alle Fachabteilungen	7,1	7,0	16,5	16,8
Kardiologie	55,3	45,1	0,5	1,0
Allgemeine Chirurgie	11,2	11,7	23,7	24,3
Augenheilkunde	2,4	2,0	62,6	65,5
Gefäßchirurgie	34,6	34,6	27,5	23,8
Gynäkologie/Geburtshilfe	4,7	4,3	40,2	42,0
Herzchirurgie	41,2	22,2	37,1	50,2
HNO	4,5	4,8	29,2	31,5
Orthopädie	4,5	4,4	21,2	22,4
Unfallchirurgie	3,9	3,8	13,1	13,4
Urologie	15,0	14,0	8,9	8,7

Quelle: DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 73.

2.2 Krankenkassen unter Druck

Die seit 1993 zunehmend restriktivere Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen steht zwar auch in einem engen Zusammenhang zur Reform der Krankenhausfinanzierung, da durch verschiedene Rechtsänderungen auch die Position der Kassen in den Budgetverhandlungen gestärkt wurde. Vor allem aber ist sie Folge einer seit ca. zwei Jahrzehnten zu verzeichnenden relativen Schrumpfung der Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung (Kühn 1995). Die seit Anfang der 80er Jahre unterproportionale Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder zwingt insbesondere Kassen mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Krankenhausfällen und Ausgaben für Krankenhausbehandlung dazu, in den Budgetverhandlungen gegenüber Forderungen der Krankenhäuser restriktiv aufzutreten.

Mitte der 90er Jahre wurden die Einnahmeprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und insbesondere der Ortskrankenkassen weiter verschärft. Ursächlich waren zum einen Mitgliederwanderungen zur PKV und zwischen den verschiedenen Kassenarten, vor allem aber gesetzgeberische Eingriffe zur finanziellen Entlastung anderer Sozialversicherungszweige. Beispielsweise wurden zum Zweck der Konsolidierung der Arbeitslosenversicherung die Beitragsüberweisungen der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV für die Krankenversicherung der Arbeitslosen zum 1.1.1995 um 20 % gekürzt.¹⁰ Nach Schätzung des BMG gingen von den 7 Mrd. DM Defizit der GKV im Jahre 1995 allein 5 Mrd. DM auf das Konto dieser Entscheidung (BT-Drs. 13/3608: 14). In die Reihe der sozialpolitischen Interventionen, die zu Einnahmeverlusten der gesetzlichen Krankenversicherung führten, ist auch die 1996 beschlossene Kürzung der Lohnfortzahlung um 20 % in den ersten sechs Wochen zu stellen. Im Rahmen der Dritten Stufe der Gesundheitsreform wurde der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenkassen durch die gesetzliche Absenkung der Beitragssätze zum 1.1.1997 um 0,4 Prozentpunkte¹¹ und die Anbindung weiterer Beitragssatzerhöhungen an die Erhöhung von Zuzahlungen¹² weiter eingeengt.

Der sich aus diesen Entwicklungen ergebende wachsende finanzielle und politische Druck auf die Krankenkassen führte im Krankenhausbereich in den 90er Jahren dazu, dass die Konflikte im Zusammenhang mit Budgetverhandlungen zugenommen haben und die Bereitschaft der örtlichen Kassen, dem einzelnen Krankenhaus in bestimmten Belangen entgegenzukommen, erheblich abgenommen hat. Auch um die Kostenübernahme für einzelne Patienten bzw. Patientengruppen kam es zunehmend häufiger zu Auseinandersetzungen (vgl. exempl. Tischmann 1996).

2.3 Verstärkter Bettenabbau

Als Reaktion auf den gestiegenen Druck von Seiten der Krankenkassen sowie und politische Forderungen nach einem verstärkten Bettenabbau zeigten sich eine Reihe von Bundesländern in den 90er Jahren zunehmend bereit, bei Fortschreibungen ihrer Krankenhauspläne die Bettenzahlen stärker als in der Vergangenheit zu reduzieren. Dabei dürfte nicht selten auch das Interesse an einer Entlastung des Landeshaushaltes eine Rolle gespielt haben, da durch eine Verringerung der Planbettenzahl auch eine Reduzierung der vom Land zu zahlenden pauschalen Investitionsförderung nach KHG erreicht wird.

Nach zum Teil heftigen politischen Auseinandersetzungen vor allem zwischen Krankenkassen und Krankenhausärzterverbänden wurden in einigen Ländern deutliche Bettenreduzierun-

¹⁰ § 157 Abs. 3 AFG i.d.F. des Gesetzes vom 18.12.1989 (BGBl. I S. 2261).

¹¹ Art. 1 Beitragsentlastungsgesetz.

¹² § 221 Abs. 1 SGB V i.d.F.d. Ersten GKV-Neuordnungsgesetzes.

gen und Krankenhausschließungen vollzogen.¹³ In den Auseinandersetzungen um die Fortschreibung von Krankenhausplänen gingen Landesverbände der Krankenkassen zunehmend dazu über, externe Gutachten zum zukünftigen Bedarf an Krankenhausbetten in Auftrag zu geben, deren Ergebnisse oftmals erfolgreich als Argumentationsbasis in die politischen Diskussionen eingebracht wurden und die zuständigen Landesbehörden unter Zugzwang setzten (zum Überblick über die Entwicklung der Krankenhausplanung der Länder vgl. DKG 1999).

Die Herausnahme von Betten oder vollständigen Abteilungen aus dem jeweiligen Krankenhausplan hat für die betroffenen Krankenhäuser erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen. Zum einen wird vom Land für die gestrichenen Betten keine Investitionsförderung mehr geleistet. Vor allem aber entfällt für diese Betten der Kontrahierungszwang¹⁴ für die Krankenkassen, so dass damit zu rechnen ist, dass nach einer wirksam gewordenen Kündigung der Betten auch ein Teil der Planstellen nicht mehr finanziert wird.

Ein Vergleich mit dem Zeitraum ab 1975 zeigt, dass in den 90er Jahren in der alten BRD tatsächlich ein deutlich stärkerer Bettenabbau als in der Vergangenheit erfolgte. In den sieben Jahren zwischen 1991 und 1998 wurden in Westdeutschland insgesamt ca. 59.000 Betten abgebaut. Wäre der Bettenabbau im gleichen Umfang vollzogen worden wie in den 14 Jahren zwischen 1975 und 1989, hätte sich der Bestand zwischen 1991 und 1998 lediglich um 22.000 Betten verringern dürfen. In Ostdeutschland wurden – im Rahmen der Anpassung an westdeutsche Versorgungsstrukturen – innerhalb von sieben Jahren sogar ca. 30 % des Bettenbestandes abgebaut, und zwar fast ausschließlich in öffentlichen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt lfd. Jahrgänge).

2.4 Rückzug öffentlicher Krankenhausträger

Als Folge dieser Entwicklung suchten öffentliche Krankenhausträger in den 90er Jahren verstärkt nach Wegen, die wirtschaftlichen Risiken für ihre Haushalte zu minimieren. Zunehmend mehr kommunale Krankenhausträger änderten zu diesem Zweck in den 90er Jahren die Rechtsform ihrer Krankenhäuser, zumeist vom Regiebetrieb in eine GmbH oder gGmbH. Seit Ende der 90er Jahre ist zudem ein Trend zum Verkauf öffentlicher Kliniken an private Krankenhausunternehmen zu beobachten.

Die Rechtsformänderung erschien und erscheint vielen Trägern offenbar als geeignete Maßnahme, um eine Haftung für Defizite des jeweiligen Krankenhauses zu vermeiden oder um das Krankenhausmanagement in die Lage zu versetzen, auf eine sich wandelnde Umwelt schneller und flexibler reagieren zu können. Für die Verluste einer GmbH muss der Träger –

¹³ Deutliche Reduzierungen von Planbetten und die Schließungen von Krankenhäusern sind in den 90er Jahren v. a. in Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen erfolgt.

¹⁴ Nach § 109 Abs. 1 SGB V gilt für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, ein Versorgungsvertrag zwischen Krankenkassen und Krankenhaus als abgeschlossen. Die Kassen sind gezwungen, mit diesen Krankenhäusern Budget- und Pflegesatzverhandlungen zu führen.

so die zugrunde liegende Erwägung – dann nur noch bis zur Höhe seiner Einlage zu haften. Für das jeweilige Krankenhaus ergibt sich aus dem Rechtsformwechsel unter anderem, dass Kostenunterdeckungen aus eigenen Mitteln beglichen werden müssen und prinzipiell auch das Risiko eines Konkurses gegeben ist.¹⁵

Nach einer Umfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft ging zwischen 1993 und 1995 der Anteil der Regiebetriebe von ca. 27 % auf ca. 20 % zurück und stieg der Anteil der GmbHs unter den Krankenhäusern von 20 % auf ca. 27 % an (Düllings 1995). Ein Teil der öffentlichen Träger entschied sich für eine ‘Zwischenlösung’, die Umwandlung vom Regie- zum Eigenbetrieb. Bei den landeseigenen Universitätskliniken ist seit Mitte der 90er Jahre ein Trend zur Umwandlung in eine Anstalt des öffentlichen Rechts zu beobachten.

Tab. 2

Rechtsformen von Krankenhäusern

(Anteil in Prozent)

	1993	1994	1995	1993-1995
Regiebetrieb	26,6	24,2	19,6	-26,3 %
Eigenbetrieb	17,2	16,0	19,3	+12,2 %
GmbH	20,5	24,2	26,6	+29,8 %
Sonstiges (v. a. Stiftungen)	30,8	30,8	30,5	-1,0 %

Quelle: Düllings 1995.

Die Umwandlung der Rechtsform stellt im Grunde aber nur einen ersten Schritt in Richtung einer vollständigen Abtrennung des Krankenhausbetriebes vom öffentlichen Träger dar. Das wirtschaftliche Risiko verblieb letztlich doch bei der zuständigen Gebietskörperschaft, und nicht selten sicherte sich die zuständige Verwaltungseinheit bei der Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages weitgehende Entscheidungskompetenzen und Eingriffsrechte gegenüber dem Krankenhausmanagement, so dass das Maß der erreichbaren Autonomie der Krankenhausleitung auch nach der Umwandlung in eine GmbH unter Umständen relativ gering war.

Neuere Entwicklungen zeigen einen deutlichen Trend zur tatsächlichen Privatisierung. So wird beispielsweise zunächst das Management an einen externen ‘Managementverleih’ vergeben und in einem nächsten Schritt schließlich das Krankenhaus an eine private Krankenhausgruppe verkauft. In Ostdeutschland ist diese Entwicklung bereits erheblich weiter vorangeschritten als in Westdeutschland. Dort wurde nach der Herstellung der Einheit ein erhebli-

¹⁵ Zur Rechtsformdiskussion vgl. u. a. DKG 1992a; Haack 1993; Knorr 1992; Knorr/Wernick 1991; Quaas 1992.

cher Teil der öffentlichen Krankenhäuser an private Investoren verkauft. Dazu beigetragen hat sicherlich auch die Haushaltslage ostdeutscher Kommunen und der erhebliche Modernisierungsbedarf ostdeutscher Kliniken, der häufig kaum über öffentliche Investitionsförderung, sondern vielfach nur über den Kapitalmarkt zu befriedigen war, der einem kommunalen Regiebetrieb in der Regel nicht offen steht.

Der in Ostdeutschland zu verzeichnende Rückgang der Zahl der Allgemeinkrankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft zwischen 1991 und 1998 um ca. 40 % dürfte darum auch nicht nur auf Krankenhausschließungen, sondern zu einem erheblichen Teil auch auf den Verkauf öffentlicher Kliniken zurückzuführen sein. Denn parallel zu diesem Rückgang stieg die Zahl der freigemeinnützigen Allgemeinkrankenhäuser um ca. 24 % und die der privaten um ca. 330 %.

3 Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen

Die zuvor beschriebenen Veränderungen relevanter Umweltbereiche der Krankenhäuser haben im Krankenhausbereich deutliche Spuren hinterlassen. Vor allem von den Änderungen der Krankenhausfinanzierung, verbunden mit einer in vielen Krankenhäusern immer wieder aufkommenden Rechtsform- und Privatisierungsdiskussion, führten zu einer Verunsicherung vieler Krankenhausbeschäftigten. Das Gefühl einer wirtschaftlichen Bedrohung des jeweiligen Krankenhauses, und damit des eigenen Arbeitsplatzes, ist ein Phänomen, dass in westdeutschen Kliniken bis zum Gesundheitsstrukturgesetz – in diesem Umfang zumindest – unbekannt war. Von Schließungen waren vor 1993 bis auf sehr wenige Ausnahmen nur kleinere Kliniken und ein relativ geringer Teil der Beschäftigten im Krankenhausbereich betroffen. Seit 1993 allerdings – das wurde in vielen der im Rahmen des Forschungsprojektes geführten Interviews deutlich – hat eine grundlegende Verunsicherung der eigenen wirtschaftlichen Existenz der Beschäftigten Einzug gehalten.

Als Folge der Budgetdeckelung und -kürzungen griffen zunehmend mehr Krankenhäuser zum Mittel des Outsourcing und bauten darüber Personalstellen vor allem im Wirtschaftsdienst ab (Küche, Wäscherei etc.).¹⁶ Fremdvergabe bzw. Umstellung auf externe Leistungserbringer griff aber auch auf weitere Bereiche über, beispielsweise Laborleistungen und Röntgenabteilungen. Als Folge der verschärften Deckelung wurden ab 1996 bundesweit auch im Pflegedienst Stellen abgebaut.¹⁷ Der ärztliche Dienst wurde ebenfalls von der Verunsicherung erfasst. Dazu trug insbesondere die Beschränkung der Niederlassungsmöglichkeiten durch das Gesundheitsstrukturgesetz bei und die zunehmende Umwandlung unbefristeter in befristete Stellen sowie die Verkürzung von Vertragslaufzeiten für Assistenzärzte.

Die hierdurch entstehende Atmosphäre wirtschaftlicher Verunsicherung bildete den Boden, auf dem die Bereitschaft wachsen konnte, patientenbezogene Entscheidungen an ökonomischen Zielen des Krankenhauses auszurichten. Wurden die ökonomischen Interessen des Krankenhauses ignoriert und Patienten ohne Beachtung der Kosten oder der mit den Kassen vereinbarten Fallzahlen versorgt, waren damit unkalkulierbare wirtschaftliche Risiken für das Krankenhaus verbunden, und das hieß aus Sicht der jeweiligen Entscheidungsträger letztlich: Risiken für den eigenen Arbeitsplatz.

Die Kenntnis dieser Zusammenhänge in die Krankenhäuser zu tragen, war eine der wichtigsten Aufgaben des Krankenhausmanagements ab 1993. Es hatte aus Sicht des Trägers dafür zu sorgen, dass die geänderten externen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in Veränderungen der internen Umwelten im Krankenhaus umgesetzt werden, die insbesondere für die

¹⁶ Zur Diskussion und Entwicklung des Outsourcing im Krankenhausbereich vgl. u.a. Helmig 1994; Henning 1998; Hildebrand 1995; Jeschke/Hailer 1995; Pieske 1996.

¹⁷ Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser ging von 350.572 im Jahr 1995 auf 349.424 im Jahr 1996, 341.140 im Jahr 1997 und 337.716 im Jahr 1998 zurück (Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1).

behandelnden Ärzte handlungsrelevant wurden. Dabei kam es – der Logik des neuen Finanzierungsrechts entsprechend – vor allem darauf an, Leistungsprozesse im Krankenhaus so zu beeinflussen, dass die wirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses erreicht werden können. Es galt vor allem, die vereinbarten Leistungsmengen auszuschöpfen aber nicht zu überschreiten und dabei die Entwicklung der Kosten im Rahmen der für die vereinbarten Leistungen zu berechnenden Erlöse zu halten.

Hauptsächlicher Ansatzpunkt für ein positives wirtschaftliches Ergebnis des Krankenhauses mussten somit die Leistungen sein. Diese Sichtweise war für die meisten Kliniken neu. Vor dem Gesundheitsstrukturgesetz war Leistungsplanung – soweit es sie überhaupt gab – und vor allem Leistungssteuerung in der Regel alleinige Kompetenz des jeweiligen Chefarztes. Die kaufmännische Leitung hatte – nicht nur im Verständnis vieler Chefarzte – für die Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Mittel zu sorgen, damit die Ärzte die aus ärztlicher Sicht notwendigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen erbringen konnten.

Auf die Einführung der Budgetdeckung im Jahr 1993 reagierten Krankenhausleitungen vielfach zunächst einmal mit allgemeinen Sparappellen an die Beschäftigten und ungezielten Kostenreduzierungsprogrammen. Nach und nach setzte sich jedoch das Bewusstsein durch, dass ein erfolgreiches Kostenmanagement eine funktionierende und am Budgeterfolg orientierte Leistungsplanung und vor allem Leistungssteuerung voraussetzte. Eine funktionierende Leistungssteuerung wiederum war nicht zentral, sondern nur dezentral und über die ärztlichen Leitungen realisierbar. Mitte der 90er Jahre wurde in zunehmend mehr Krankenhäusern die »interne Budgetierung« eingeführt und ein System der »medizinischen Leistungssteuerung« aufgebaut, in dem Chefarzte eine zentrale Rolle einnehmen durch „die Überwachung des nachgeordneten ärztlichen Dienstes nicht nur im Hinblick auf ärztliches, sondern auch im Hinblick auf wirtschaftliches Handeln“ (Hoffmann 1996: 505). Über diese beiden Systeme innerbetrieblicher Steuerung wurden nach und nach auch die patientenbezogenen Entscheidungen auf der untersten Ebene erreicht und zunehmend auf den Budgeterfolg ausgerichtet.

Die Durchdringung der Krankenhäuser mit ökonomischen Orientierungen erfolgte jedoch weder zeitgleich und noch überall im gleichen Umfang, noch innerhalb der Krankenhäuser einheitlich in allen Abteilungen. Auch noch Ende der 90er Jahre gibt es offenbar deutliche Unterschiede in Abhängigkeit insbesondere von der Trägerschaft, Rechtsform, Größe, Managementstrukturen und Persönlichkeiten in Leitungsfunktionen. Aber auch wenn das Ausmaß variiert, die Entwicklung geht in die Richtung einer zunehmend stärkeren Orientierung patientenbezogener Entscheidungen an wirtschaftlichen Zielen des jeweiligen Krankenhauses.

Wenn festgestellt wird, dass bei patientenbezogenen Entscheidungen weit stärker als vor 1993 auch deren ökonomische Auswirkungen für das jeweilige Krankenhaus berücksichtigt werden, so sind darin sowohl die aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive positiven wie auch negativen Veränderungen eingeschlossen. Positiv zu bewerten ist sicherlich, dass stärker als früher Behandlungsformen, Materialien, Arzneimittel etc. eingesetzt werden, mit denen aus Sicht der behandelnden Ärzte die gleiche Ergebnisqualität bei niedrigerem Ressourcenverbrauch erzielt werden kann. Sofern derartige Veränderungen zu verzeichnen sind, wird dies vielfach auch von Ärzten als Fortschritt empfunden, der auch aus Sicht vieler Ärzte

letztlich nur durch einen verstärkten externen Druck möglich wurde. Es bleibt allerdings als Vorbehalt anzumerken, dass gesicherte Aussagen darüber, ob mittel- und langfristig tatsächlich das gleiche therapeutische Ergebnis erzielt wird, erst dann möglich wären, wenn von den betreffenden Krankenhäusern über einen längeren Zeitraum und sektorübergreifend in einer wissenschaftlichen Studie verschiedene Therapiestandards verglichen wurden. Dies erfolgt – wenn überhaupt – sicherlich nur in sehr wenigen Fällen. Die Regel dürfte sein, dass dauerhaft Therapiestandards geändert werden, ohne die Auswirkungen der Änderungen zu evaluieren.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen jedoch Veränderungen, die unter dem Begriff der *Ökonomisierung* patientenbezogener Entscheidungen zusammengefasst werden können. Als »Ökonomisierung« wird hier ein Prozess des Eindringens ökonomischer Kalküle in das patientenbezogene Denken und Handeln im Krankenhaus bezeichnet, der tendenziell dazu führt, dass medizinisch-pflegerische Versorgungsziele von ökonomischen Zielen überlagert werden. Ökonomisierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens geht einher mit einer Umkehr der Zweck-Mittel-Relation: Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wird Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Einnahmen.

Erscheinungsformen der Ökonomisierung im Krankenhaus sind u. a. die Abweisung und Weiterverlegung von Patienten zum Zweck der Budgetentlastung, die Aufteilung einer Krankenhausbehandlung in zwei Episoden zum Zweck der Erlösoptimierung, die Rückkehr zu alten Versorgungsstandards aus Kostengründen oder die ökonomisch motivierte zu frühe Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung.

Wenn im folgenden Erscheinungsformen der Ökonomisierung an Beispielen aus Interviews aufgezeigt werden, soll damit keineswegs der Eindruck vermittelt werden, es handele sich um Veränderungen in großem Umfang. Es gab und gibt als Folge der geänderten externen und internen Rahmenbedingungen Patientenabweisungen, Risikoselektion und Rationierung in deutschen Krankenhäusern, wenngleich sicherlich nicht in allen Krankenhäusern und nicht in allen Fachabteilungen in gleichem Maße. Auf das Gesamtsystem bezogen stellen sie sicherlich (noch) eine 'Nebenwirkung' dar, allerdings eine sehr ernstzunehmende.

Es wäre jedoch verfehlt, die folgenden Darstellungen zu einer – vorschnellen – Verurteilung der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten zu nutzen. Es gilt vielmehr zu analysieren, welche strukturellen Bedingungen dazu geführt haben, dass diese Veränderungen eingetreten sind und welche Bedingungen geschaffen werden müssen, damit moralische Grundhaltungen und berufsethische Orientierungen nicht weiter destabilisiert, sondern wieder gestärkt werden können.

Es wäre auch wenig hilfreich, nur auf die spektakulären Fälle zu schauen und sie als vereinzelte Skandale zu deuten, die man zukünftig durch eine verbesserte externe Qualitätssicherung verhindern könne. Die eigentlich problematische Entwicklung liegt in der Normalisierung einer alltäglichen auf niedriger Schwelle ansetzenden Beeinflussung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen durch ökonomische Kalküle.

Sicherlich ist es nicht einfach, im Krankenhausalltag die Grenze zwischen der Reduzierung eines nicht notwendigen Ressourcenverbrauches und der Vorenthaltung medizinisch sinnvoller und notwendiger Versorgung zu sehen und einzuhalten. Dennoch scheinen sich die an Entscheidungen Beteiligten in der Regel dieser Grenze bewusst zu sein und zu wissen, wann diese Grenze überschritten wird, wenn dies mit einem Verstoß gegen geltende und zumeist auch verinnerlichte Berufsethiken verbunden ist. Allerdings – und hier liegt u. E. das bedeutendste Risiko für die soziale Institution Krankenhaus – scheint in Teilbereichen bereits ein Punkt erreicht zu sein, an dem Verstöße gegen bisher geltende Berufsethiken als legitimiert oder legitimierbar erscheinen bzw. hingestellt werden, wenn dadurch ein anderer und aus neuer Sicht höherer Wert geschützt wird. Als ein solcher höherer Wert kann beispielsweise angesehen werden, dass unter knappen Ressourcen nicht alle gegenwärtigen Patienten alle prinzipiell möglichen Leistungen erhalten können, da ansonsten Versorgungskapazitäten blockiert und andere Patienten nicht angemessen versorgt werden können. Zur Veranschaulichung der Problematik im folgenden ein längerer Auszug aus einem Interview:

„Die spielen mittlerweile bei meinen Überlegungen durchaus eine Rolle, ja. Und diese Überlegungen spielen bei meinen Mitarbeitern Gott sei Dank noch keine Rolle. Davor habe ich sie bewahrt, aber ich muss sie jetzt einbeziehen in meine Überlegungen und sagen: ‘So Leute, wenn wir jetzt hier 100.000 Mark in einen Patienten reinstecken, von dem wir wissen, dass er sowieso stirbt, nur weil wir uns kein schlechtes Gewissen zu machen brauchen oder auch kein schlechtes Gewissen haben wollen, dann entziehen wir diese 100.000 Mark mehreren anderen Patienten’. Und Sie müssen ja bedenken, normalerweise brauchen wir alle 2 Tage das Bett für einen neuen Patienten (...) Wir haben mal eine Gruppe von zehn Patienten in dem Jahr behandelt, das war im Jahr 1994, und die sind insgesamt 300 Tage auf der Station gewesen, weil das zehn Langlieger waren, die waren also 30 Tage im Durchschnitt auf der Intensiv, das sind 300 Tage. Und das sind 150 andere Patienten, die nicht haben operiert werden können (Chefarzt 04: 1594/1619).

„Ja, ja. Und das weiß ich, und darum bin ich natürlich im Grunde derjenige in dieser Abteilung, der sich den größten Verdächtigungen aussetzt, wenn er Nein sagt, das ist klar. Das ist schon eine sehr, sehr heiße Kiste. Aber auf der anderen Seite, wenn ich diese Abteilung total in die Grütze wirtschaftete, weil ich darüber überhaupt nicht nachzudenken bereit bin und auch nicht in der Lage bin, das durchziehen, mal Nein zu sagen...“ (ebd.: 1632/1644).

„Wie gesagt, wenn ich das nicht täte, und diesen ganzen Laden, um diesen Satz zu Ende zu führen, in die Grütze fahren würde, dann würden wir ja Leute entlassen müssen, und wir würden auch andere Patienten nicht mehr behandeln können, und wenn wir nur Langlieger auf der Station hätten, würden wir überhaupt nicht mehr operieren können. Wenn in jedem Intensivbett ein Langlieger liegen würde, würden wir keine einzige Operation mehr machen. Würden wir den Tod auf der Warteliste haben, und dann muss ich Sie fragen: Wo ist da die Gerechtigkeit? Also man kann nicht mit Ja oder Nein das Ganze beantworten, oder mit Schwarz oder Weiß, da gibt es so viele Grautöne. Also mit Gerechtigkeit ist die Sache so schwer zu benoten. Also sie verstehen, dass manchmal eine, eine... sozusagen eine Rationierung oder ein Nein durchaus auch mit einem Benefiz für andere Patienten verknüpft sein kann“ (ebd.: 1656/1675).

Die moralische – und gegebenenfalls auch juristische – Verantwortung für die Gewährung und Verweigerung ärztlich-pflegerischer Leistungen liegt bei den professionellen Akteuren im Krankenhaus, und ihnen ist am wenigsten damit geholfen, ihre Entscheidungskonflikte zu leugnen und Fehlentwicklungen zu verschweigen. Die Leugnung der Entscheidungskonflikte

fördert nur die derzeitige Praxis, Ärzte und Pflegekräfte bei ihren tagtäglichen patientenbezogenen Entscheidungen allein zu lassen mit dem Konflikt zwischen Patientenbedürfnissen auf der einen und einzelwirtschaftlichem Interesse ihres Krankenhauses auf der anderen Seite. Verstoßen sie systematisch gegen die wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses, gefährden sie unter Umständen ihren eigenen Arbeitsplatz und den weiterer Beschäftigter der Klinik. Verstoßen sie gegen die Bedürfnisse des Patienten, geraten sie in einen moralischen Konflikt, wenn sie die Bedürfnisse des Patienten als legitim und deren Befriedigung als für seine Gesundheit sinnvoll oder sogar notwendig ansehen.

Die Thematisierung dieses Konfliktes und der Nachweis bereits eingetretener Fehlentwicklungen schaffen wichtige Voraussetzungen für die dringend notwendige Diskussion über Rahmenbedingungen, die dazu geeignet sind, diesen durch die prospektive Finanzierung hervorgerufenen strukturellen Interessen- und Entscheidungskonflikt zu entschärfen.

Bevor auf die Beeinflussung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Ziele eingegangen wird, sollen zunächst die Kernelemente der wichtigsten Systeme innerbetrieblicher Steuerung im Krankenhausbereich erläutert werden: Kostenmanagement, interne Budgetierung und medizinische Leistungssteuerung.

3.1 Kostenmanagement und Leistungssteuerung

Die Einführung der Budgetdeckelung hat im Krankenhausbereich die Aufmerksamkeit in einem Maße auf die Kontrolle und Reduzierung von Kosten gelenkt, das bis dahin unbekannt und auch nicht notwendig war. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 wurde den Krankenhäusern ein Anspruch auf Deckung ihrer tatsächlichen Selbstkosten eingeräumt, soweit diese Kosten im Rahmen einer sparsamen Wirtschaftsführung anfielen. Dieses »Selbstkostendeckungsprinzip« geriet bereits Ende der 70er Jahre in die Kritik und wurde schließlich durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1984 und eine neugefasste Bundespflegesatzverordnung 1986 modifiziert. Der Anspruch auf nachträgliche Erstattung der angefallenen Kosten wurde ersetzt durch einen Anspruch auf Erstattung der voraussichtlichen Selbstkosten eines zukünftigen Pflegesatzzeitraumes. Nachträgliche Pflegesatzerhöhungen zur Deckung von Defiziten eines zurückliegenden Zeitraumes waren nicht mehr erlaubt, sondern nur noch prospektive Vereinbarungen. Dennoch aber wurde vielfach die nachträgliche Erstattung entstandener Kosten praktiziert. Erwies sich der vereinbarte Pflegesatz als nicht kostendeckend, so verlangte das Krankenhaus im laufenden Jahr eine Nachverhandlungen, um eine Erhöhung des Pflegesatzes für die Restlaufzeit zu vereinbaren. Diese Erhöhung wurde so kalkuliert und von den Kassen akzeptiert oder im Streitfall von der Schiedsstelle bewilligt, dass sie auch die Defizite des zurückliegenden Zeitraumes mit abdeckte. So wurde zwar formal der Grundsatz prospektiver Pflegesatzvereinbarungen befolgt, faktisch aber nach dem Selbstkostendeckungsprinzip verfahren.

Obwohl das Gesundheitsstrukturgesetz zahlreiche Ausnahmen und in einigen Kostenbereichen sogar ein im Sinne der Krankenhäuser noch strikteres Selbstkostendeckungsprinzip vorgab, endete in der Wahrnehmung anscheinend des überwiegenden Teils der Krankenhausleitungen dieses 'goldene Zeitalter' mit dem Inkrafttreten der Deckelung schlagartig. Seit 1993 wird die Diskussion in den Krankenhäusern und auch in der Krankenhausmanagementliteratur dominiert vom Thema Kostenmanagement, von der Frage, wie Verluste vermieden werden können.

Zu dem Gefühl existenzieller Bedrohung des eigenen Krankenhauses oder des eigenen Arbeitsplatzes trugen sicherlich auch in erheblichem Maße die zentralen Regelungen der Budgetdeckelung bei. Die Regelungen signalisierten Krankenhäusern vor allem, dass die Gesamtsumme der Pflegesatzeinnahmen unabhängig von der Leistungsentwicklung begrenzt werden sollte. Weder aus einer höheren Fallzahl noch aus einer höheren durchschnittlichen Leistungsintensität je Patient ließ sich bis 1997 ein Anspruch auf höhere Vergütungen ableiten.

Fiel die Belegung oder Fallzahl höher aus als im Budget vereinbart, so mussten die zusätzlichen Einnahmen bis Ende 1996 vollständig und ab 1997 bis auf einen kleinen Rest an die Krankenkassen zurückerstattet werden. Die Regelungen des sogenannten »Erlösausgleichs« ergaben sich aus dem Ziel der Beitragssatzstabilität, die nur zu erreichen war, wenn Ausweitungen von Leistungsmengen nicht zu Mehrausgaben der Krankenkassen führen konnten. Die Regelungen sollten dazu führen, dass Mehrleistungen zu einem wirtschaftlichen Risiko für das jeweilige Krankenhaus werden, und so dem Krankenhaus ein ökonomischer Anreiz zur Vermeidung zusätzlicher Leistungen gesetzt wurde.

Es entsprach somit der politischen Intention und dem Sinn der angesprochenen Regelungen, wenn sich in Krankenhäusern – wie die nachfolgenden Interviewzitate zeigen werden – bis hinunter auf die Ebene des Stationsarztes oder der Stationsschwester die Auffassung durchsetzte, dass Abweichungen von der geplanten Belegung und den vereinbarten Fallzahlen wirtschaftlich gefährlich für das eigene Krankenhaus sind, da sie zu Verlusten führen. Die durch zusätzliche Belegungstage und Fälle entstehenden Kosten würden nicht oder nur vollkommen unzureichend vergütet und seien darum zu vermeiden.

Diese Logik ist aber im Grunde noch dem Selbstkostendeckungsprinzip verhaftet, das die Gleichsetzung von Pflegesatz und Kosten tatsächlich erlaubte. Seit 1993 und erst recht seit Inkrafttreten der Bundespflegesatzverordnung 1995 sind Kosten und Pflegesätze bzw. Entgelte jedoch entkoppelt. Es können Überschüsse und Verluste entstehen, die dem Krankenhaus verbleiben. Ob eine höhere Belegung oder Fallzahl im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte zu Verlusten führt, ist somit abhängig von den Gesamtkosten und Gesamterlösen. Werden insgesamt mehr Einnahmen erzielt als Kosten entstanden sind, führt eine Belegungs- und Fallzahlüberschreitung zunächst einmal nur zu einer Minderung des Überschusses, nicht aber sofort und in jedem Fall zu Defiziten. Diese differenzierte Sichtweise Ärzten und Pflegepersonal zu vermitteln, wäre Aufgabe des Krankenhausmanagements gewesen. Die Auswertung der im Rahmen dieser Untersuchung geführten Interviews mit kaufmännischen Leitungen sowie die Auswertung der Krankenhausmanagementliteratur hinterlässt jedoch den

Eindruck, dass auch das Krankenhausmanagement selbst zu einer solchen differenzierten Betrachtung vielfach nicht vordrang, zumindest nicht im öffentlichen Raum.

Beherrscht wurde die Diskussion von der Vorstellung, jeder zusätzliche Belegungstag und jeder zusätzliche Fall im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich sei eine wirtschaftlich Gefahr für ein Krankenhaus und unbedingt zu vermeiden. So wurde die »Punktlandung« zum dominierenden Ziel der 90er Jahre. Mit dem Begriff gemeint ist die am Jahresende zu erreichende möglichst exakte Einhaltung der mit den Kassen vereinbarten Belegungen und Fallzahlen. Leichte Abweichungen nach oben waren dann zu tolerieren, wenn sie strategisch gewollt waren und dazu dienen konnten, eine höhere Nachfrage zu belegen und in den nächsten Verhandlungen höhere Fallzahlen zu erreichen. Größere Abweichungen dagegen waren unbedingt zu verhindern.

Aufgrund mangelnder Erfahrungen und unzureichender technischer Ausstattung (v. a. EDV) gelang die Punktlandung in den ersten Jahren der Deckelung vielfach nicht immer mit dem gewünschten Erfolg. Mit zunehmender Erfahrung und vor allem durch die Einführung und Verbesserung einer »internen Budgetierung« und eines ökonomisch-medizinischen Controlling konnten kurzfristige 'Notbremsungen' gegen Ende des Jahres, wie sie teilweise noch 1993 und 1994 zu beobachten waren und auch durch die Presse gingen, zunehmend durch eine ganzjährige medizinische Leistungssteuerung vermieden werden. Eine funktionierende Leistungssteuerung konnte wesentlich dazu beitragen, dass die vereinbarten Fallzahlen und Belegungen nicht bereits im Oktober oder November erreicht waren und es dann hieß, man müsse Stationen oder auch Abteilungen zum Jahresende schließen, weil das Budget 'erschöpft' sei.

Zu meinen, da nun keine Stationen mehr geschlossen werden und Patienten nicht mehr gegen Ende des Jahres abgewiesen werden, sei die damit verbundene Rationierung von Krankenhausleistungen auch überwunden, erliegt jedoch einer Täuschung. Die spektakulären Schließungsaktionen und Patientenabweisungen gegen Ende des Jahres sind einer kontinuierlichen Leistungssteuerung gewichen, die nicht mehr erst am Jahresende, sondern kontinuierlich über das Jahr verteilt und erheblich effizienter Rationierung vollzieht.¹⁸ Darauf wird an späterer Stelle noch ausführlicher einzugehen sein.

3.1.1 Die »interne Budgetierung«

Da die Einhaltung des Gesamtbudgets eines Krankenhauses aufgrund der Komplexität des Versorgungsgeschehens und der Größe der Institution nicht über eine zentrale Steuerung und allein durch direkte Weisungen der Krankenhausleitung zu erreichen ist, gingen Krankenhäuser nicht zuletzt auch auf Empfehlung der Trägerverbände zunehmend zu einer dezentralen

¹⁸ Einen Überblick über die verschiedenen Strategien im Bereich der Kosten- und Leistungssteuerung bietet der Abschlussbericht der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 152).

Budgetsteuerung über (DKG 1993b, 1993c). Im Rahmen einer »internen Budgetierung« wurde das Gesamtbudget in Abteilungsbudgets aufgespalten und die Budgetverantwortung an die jeweiligen Abteilungsleitungen delegiert. Dieser Prozess setzte bereits direkt nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes ein und erhielt durch die Vorgabe von Abteilungspflegesätzen und abteilungsbezogener Kosten- und Leistungsrechnung in der Bundespflegegesetzverordnung 1995 einen weiteren Schub.¹⁹

Ziel der internen Budgetierung war und ist „die Einhaltung der Budgetvorgaben“ (Achner 1996: 25), und »Budgetverantwortung« meint aus Sicht des Krankenhausmanagements in aller erster Linie die Durchsetzung dieses Zieles insbesondere gegenüber dem ärztlichen Dienst. Die Einbindung der Chefärzte in die Budgetverantwortung dient vor allem dazu, ihre Weisungskompetenz gegenüber nachgeordneten Ärzten zu nutzen, um Leistungsprozesse so zu gestalten, dass sie den Budgeterfolg zumindest nicht gefährden. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass eine wirksame Kontrolle der Kostenentwicklung im Krankenhaus auf Dauer nur erreichbar ist, wenn die Leistungsprozesse kontrolliert und im Hinblick auf die wirtschaftlichen Ziele gesteuert werden.

Die Steuerungsprozesse zielen vor allem auf das ärztliche Handeln, denn ärztliche Entscheidungen stehen im Zentrum der Krankenhausbehandlung. Es ist ärztliche Entscheidung, ob ein Patient der Krankenhausbehandlung bedarf, ob er in ein Krankenhaus aufgenommen wird, welche diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden, welche Pflege medizinisch notwendig ist, welche Therapie angewendet wird, wie lange ein Patient im Krankenhaus bleibt und letztlich auch wohin er entlassen oder verlegt wird. All diese Entscheidungen sind unmittelbar kostenrelevant, nicht nur weil sie direkte ärztliche Leistungen nach sich ziehen, sondern auch – vermittelt über ärztliche Anordnungen – den weit überwiegenden Teil der von den übrigen Berufsgruppen und Abteilungen zu erbringenden Leistungen.

Auf detaillierte Darstellungen von Konzeptionen der internen Budgetierung, des Krankenhaus-Controlling sowie Kosten- und Erlösmanagement wird an dieser Stelle verzichtet, da sie der umfangreichen Managementliteratur des Krankenhausbereiches zu entnehmen sind.²⁰ Sofern Aspekte dieser Konzeptionen für das Verständnis der nachfolgend dargestellten Veränderungen patientenbezogener Entscheidungen erforderlich sind, werden sie im Zusammenhang der jeweiligen Veränderungen ärztlich-pflegerischen Handelns erläutert.

¹⁹ Vgl. hierzu insbesondere die Anlage 3 der BPfIV 1995 (Vorgaben für die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung); zur Umsetzung der BPfIV 1995 vgl. u. a. den Leitfaden des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 1995).

²⁰ Vgl. u. a. DKG 1993b, 1993c; Eichhorn 1995, 1996; Enders 1997; Hentze 1998; Jeschke/Hailer 1995; Richter 1994; Weiss 1992.

3.1.2 Das Konzept der »Leistungssteuerung«

Das Konzept einer Ausrichtung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen an den wirtschaftlichen Zielen des jeweiligen Krankenhauses wird in der Krankenhausmanagementliteratur unter dem Begriff »Leistungssteuerung« diskutiert.²¹ Leistungssteuerung meint ein Gesamtsystem der zentral-dezentralen Steuerung der wichtigsten Leistungsparameter und damit letztlich ärztlicher Entscheidungen über die Aufnahme, Behandlung, Verlegung oder Entlassung von Patienten. Ausgangspunkt der Leistungssteuerung ist die Budgetvereinbarung, und daraus wiederum vor allem die Vereinbarung über Belegung, Fallzahlen und Abteilungsbudgets.

Um zum Jahresende eine »Punktlandung« zu erreichen, werden die angestrebten Leistungszahlen im Rahmen einer sogenannten »Leistungsplanung« auf die einzelnen Fachabteilungen heruntergebrochen. Die sich daraus ergebenden Leistungsmengen bilden für die Ärzte seit Einführung der Deckelung und des neuen Entgeltsystems einen zunehmend wichtiger gewordenen Handlungsrahmen.

„Wir beginnen ab nächster Woche die Leistungsprogramme für die Kliniken zu besprechen, das heißt es gibt vom Management Leistungsvorgaben, die die Ärzte erfüllen müssen“ (Geschäftsführer 01: 659/662).

Natürlich sehen keineswegs alle kaufmännischen Leitungen das Verhältnis von Ökonomie und Medizin so hierarchisch, wie es im vorstehenden Zitat zum Ausdruck kommt.

B: „Da kommen dann die Budgetvereinbarung nur für ein Jahr. Das sind dann noch die Anlagen dazu. Das sind die vereinbarten Mengen an Fallpauschalen und Sonderentgelten.“

I: Das ist ja sehr differenziertes Zahlenmaterial, wird das überhaupt verhandelt im Detail?

B: Das wird, das wird verhandelt. Nur, was hab' ich von der Verhandlung? Wie soll ich das steuern? Soll ich dem Arzt sagen: Du sollst hinterher 'ne Hüfte nicht mehr einbauen?“ (Geschäftsführer 03: 731/744).

Der Trend geht allerdings in die vorher zitierte Richtung, und nicht wenige Verwaltungsdirektoren oder Geschäftsführer würden es begrüßen, wenn sich die Ärzte an die mit den Kasernen vereinbarten Leistungszahlen halten würden.

Während des laufenden Budgetzeitraumes wird versucht, die Leistungsentwicklung der verschiedenen Abteilungen so zu koordinieren, dass das oberste Ziel für das gesamte Krankenhaus, die Punktlandung, nicht gefährdet wird. Zu diesem Zweck hat die Mehrzahl der Krankenhäuser im Verlauf der Deckelung ein zunehmend differenzierteres und besser funktionierendes System der kontinuierlichen Überwachung der wichtigsten Leistungs- und Kostenparameter entwickelt.²² Das innerbetriebliche Controlling, eine Abteilung, die es vor dem GSG nur relativ selten in Krankenhäusern gab, die aber mittlerweile wohl in fast allen Krankenhäusern aufgebaut wurde, hat in der Regel die Aufgabe, die notwendigen Daten aufzubereiten

²¹ Vgl. u. a. Deitermann et al. 1997; DKG 1992c, 1993b; Herbold et al. 1995; Menze/Michels 1996; Schmelzer/Klask 1995; Schmidt 1997.

²² Laut Begleitforschung zur BpflV 1995 führten 1997 zwei Drittel der befragten Krankenhäuser „irgendeine Mengensteuerung durch“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 94).

und der Krankenhausleitung wie auch den Budgetverantwortlichen der einzelnen Abteilungen vorzulegen.

Es dürfte inzwischen zum Standard gehören, dass die Chefarzte und zum Teil auch die pflegerischen Abteilungsleitungen wenige Tage nach Ablauf des Monats die entsprechenden Daten des Vormonats nicht nur über Sach- und Personalkosten, sondern auch über die Belegung, Fallzahlen differenziert nach Fallpauschalen und Sonderentgelten, durchschnittliche Verweildauer insgesamt und für die einzelnen Fallgruppen etc. erhalten. Aufgabe des zuständigen Chefarztes im Rahmen der internen Budgetierung und medizinischen Leistungssteuerung ist es, gegebenenfalls gegenzusteuern und seine nachgeordneten Ärzte so zu instruieren, dass die Budgetvorgaben eingehalten werden.

Während in der Chirurgie vor allem die Zahl der vereinbarten Operationen im Mittelpunkt steht, kommt es in der Inneren Medizin, Neurologie etc. vor allem auf die Erreichung einer bestimmten durchschnittliche Bettenbelegung an, da von der Belegung die Zahl der »Berechnungstage« abhängt, die den Kassen mit einem Basis- und Abteilungspflegesatz in Rechnung gestellt werden können.

„Das heißt, man muss also zum Jahresende eine möglichst genaue Punktlandung machen. Also man muss genau an dem... die Anzahl von Berechnungstagen – wir haben ja als Internisten keine Fallpauschalen usw., sondern bei uns geht es ja rein nach den Berechnungstagen – und es ist zum Beispiel im letzten Jahr so gewesen, dass wir unser Ziel nicht erreicht haben, obwohl wir deutlich mehr gearbeitet haben. Wir haben also – wir kriegen ja eine bestimmte Vorgabe – wir haben so und so viele Betten, haben eine vorgegebene – für gastroenterologische Patienten – eine vorgegebene Liegezeit im Mittel, und daraus errechnet sich ja, wie viele Patienten eine Abteilung im Jahr durchschleusen kann. Wenn ich halt eine Liegezeit habe von 12 Tagen und so und so viele Betten, dann kann ich so und so viel Patienten... und dann wird der Satz ja nicht mit 100 % gerechnet, sondern man sagt eine Auslastung von 86 % oder so ist vorgegeben. Dann habe ich die Zahl“ (Chefarzt 05: 282/303).

Auch wenn die »Punktlandung« mittlerweile zum festen Bestandteil des Krankenhausalltags geworden ist, so haben sich viele Ärzte und Pflegekräfte dennoch keineswegs an die damit nicht selten verbundenen Absurditäten gewöhnt.

„Ja, dass ich dann meinetwegen eine Station für die Zeit zumachen muss, damit ich dann diese Vorarbeit, die ich geleistet habe, dann zur Punktlandung... Irgendwo klingt das skurril, muss man sagen“ (Chefarzt 05: 790/794).

Aber dennoch: Was sollen sie machen? Zumindest die Leitungskräfte wissen um die Risiken für die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses, die aus einer Nicht-Beachtung der Mengengrenzungen resultieren. Erbringt die Klinik mehr Leistungen als mit den Kassen vereinbart, werden die daraus resultierenden Mehrkosten nicht oder nur unzureichend erstattet. Dies wird von vielen Beschäftigten im Krankenhausbereich als massive Ungerechtigkeit empfunden.

„Ja, ja. Wir müssen es zurückzahlen. Wenn man sich das überlegt: Man hat die Patienten behandelt, man hat die Sachkosten gehabt, man hat die Personalkosten gehabt, und man hat auch noch den Stress, dass man v i e l zu tun hat“ (Pflegedienstleitung 02: 799/803).

3.1.3 *Das monatliche Auf und Ab: Gas geben und abbremsen für die »Punktlandung«*

Oberhalb der Abteilungsebene beinhaltet das Konzept der Leistungssteuerung die Zusammenführung der laufenden Berichterstattung über die einzelnen Leistungsbereiche und das Ergreifen auch von abteilungsübergreifenden Gegenmaßnahmen bei Über- oder Unterschreitungen des Plansolls. So wird beispielsweise häufig bei der Überschreitung von Fallzahlen oder Belegungstagen in einer Abteilung einer anderen Abteilung signalisiert, sie solle im nächsten Monat etwas weniger machen, damit das Gesamtergebnis erreicht wird.

„Wir haben dann versucht sozusagen für jede Abteilung eine Steuerung vorzunehmen, aber dann noch mal für das Gesamthaus. Das heißt, wir haben einigen Abteilungen gesagt, ihr könnt Gas geben und anderen haben wir gesagt, ihr müsst ein bisschen abbremsen. Je nachdem, in welcher Phase die waren“ (Verwaltungsleiter 01: 228/235).

Hieraus kann sich ein Auf und Ab ergeben, dessen Sinn den betroffenen Ärzten und Pflegekräften oftmals nicht ohne Probleme zu vermitteln ist. Es müssen unter Umständen Leistungen eingeschränkt werden, obwohl Patienten auf eine Behandlung warten, oder es müssen zusätzliche Patienten aufgenommen werden, obwohl bereits alle Betten belegt sind.²³

„Das war teilweise im Haus natürlich ... ist das immer wieder auf Unverständnis gestoßen, denn das Problem, was man dann hat, ist ja, dass man im Grunde 'nen Planwert vorgibt, aber doch im laufenden Jahr einzelnen sagen muss: Ja, Ihr könnt noch oder Ihr könnt jetzt nicht mehr oder jetzt müsst Ihr Euch zurückhalten. Das ist auch teilweise unverständlich, weil man natürlich die Planzahlen auch in der Regel nicht anpasst, so stark, und der einzelne also praktisch bei den Planzahlen zunächst mal erkennt: Aha, ich könnte eigentlich noch, und man sagt: Also jetzt – wir sehen die Gesamtsicht des Hauses – und jetzt ist eigentlich Schluss“ (Controlling 03: 322/336).

„Aber da wurde uns schon gesagt: Ihr macht zuviel, also guckt mal zu. Das wird einem schon gesagt von der Verwaltung: Macht mal ein bisschen ruhiger, ein bisschen weniger. Wobei man sagen muss, im Prinzip müsste man, und das ist eben in meinen Augen irgendwo – wenn sie hier so als Mediziner sitzen und Leute behandeln wollen – ist das schizophren, ja? Dass man sich im Endeffekt hinsetzen muss, meinetwegen Mitte November und muss sagen: Die zweite medizinische Abteilung hat so eine Auslastung, hat also meinetwegen 10.000 Berechnungstage bis jetzt zusätzlich erwirtschaftet, also gucken wir mal nach, hm, die Frauenklinik hat 4000 Berechnungstage zu wenig erwirtschaftet, und die Kinderklinik hat 2000 Berechnungstage zu wenig, also dann ziehen wir die 6000 von denen ab, also müssen wir jetzt bis Ende Dezember noch 4000 Berechnungstage abbauen, also fährt mal eure Belegung ein bisschen zurück. Und dann kommt vielleicht Mitte Dezember einer und sagt einem wieder: Kinders, Ihr habt Eure Belegungszahlen aber etwas zu sehr zurückgefahren, jetzt müsst Ihr die letzten 14 Tage noch mal voll auf die... aufs Gaspedal treten. Das ist doch... irgendwo ist das doch...“ (Chefarzt 05: 387/413).

„Wir werden nur von den... von dem Produkt dieser Leistungssteuerung da in Kenntnis gesetzt. Jetzt geht es mal wieder rauf, jetzt geht es mal wieder runter. Also jetzt müssen wir ein bisschen zulegen, heißt es dann irgendwann mal, und irgendwann heißt es dann: Ah, jetzt fahren wir wieder runter, weil die Auslastung zu groß ist, oder weil zu viele Schrittmacher gelegt wurden, jetzt fahren wir mal wieder ein bisschen runter“ (Pflegedienstleitung 02: 987/997).

„Na ja, wenn Gas gegeben wird, dann heißt es entweder ist der Durchlauf auf der Station noch größer oder auch die Belegung ist höher, oder im schlimmsten Fall: aus den Fünfbettzimmern werden Sechsbettzimmer“ (Pflegedienstleitung 02: 1003/1007).

An den vielfältigen Auswirkungen der Leistungssteuerung, auf die im folgenden noch näher eingegangen wird, ist zu erkennen: es handelt sich nicht um eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Steuerung ärztlich-pflegerischen Handelns, sondern um ein primär auf die Erreichung ökonomischer Ziele ausgerichtetes System. Mit Hilfe differenzierter Informationen über die Kosten- und Leistungsentwicklung soll der Arzt veranlasst werden, „in regelmäßigen Abständen die Konstanz der Deckungsbeiträge der einzelnen Fallarten zu überprüfen, andererseits ermöglichen es diese Informationen auch, dispositiv in das Fallartengut einzugreifen, um den von seiner Abteilung zu leistenden Gesamtdeckungsbeitrag zu sichern. Die bedeutet konkret, die unterschiedlichen Behandlungsarten so einzubestellen, dass der angestrebte Deckungsbeitrag auch erzielt werden kann. Bei absehbarem Nichterreichen des zu leistenden Periodendeckungsbeitrages sollten vorrangig Fälle mit höherem Einzeldeckungsbeitrag einbestellt werden können. Umgekehrt können, bei absehbarem deutlichen Überschreiten des angestrebten Gesamtdeckungsbeitrages der Periode, dann auch vorrangig Fälle mit niedrigem Einzeldeckungsbeitrag einbestellt werden“ (Schmelzer/Klask 1995: 483). Das Krankenhaus-Controlling sollte die notwendigen Daten hierzu bereitstellen, „die es den verantwortlichen Krankenhausärzten ermöglichen können, ihre Abteilung unter Kostengesichtspunkten effektiver zu leiten“ und insbesondere „das Einbestellsystem leichter und vor allem unter Kostengesichtspunkten“ zu effektivieren (ebd.).

Ob und inwieweit Bedürfnisse von Patienten verletzt werden, ist für die immanente Logik der medizinischen Leistungssteuerung nachrangig. Dementsprechend häufig führt eine an wirtschaftlichen Daten orientierte Leistungssteuerung denn auch zu Problemen für die betroffenen Patienten, von denen die nachfolgend geschilderten eher zu den harmloseren gehören dürften.

„Dass seine blöden Ärzte nicht zeitgerecht gegengesteuert haben, die haben einfach einbestellt, einbestellt, einbestellt... Dann kamen die Notfälle, kamen die Notfälle, aber sie haben nicht daran gedacht, abzubestellen. Also richtig – ich sag mal so – Routinegeschichten. Dann haben sie es versucht abzustellen, bei acht Patienten, an einem Tag. Dann haben sie vier Patienten nicht erreicht. Die standen am nächsten Tag hier mit Köfferchen: Ja, aber wir haben leider kein Bett, und wir haben Sie gestern nicht erreicht. Nee da passiert schon viel Scheiße, muss ich mal sagen. Bevor man dieses Hoch und Runter in den Griff kriegt, das dauert, das dauert“ (Pflegedienstleitung 03: 1740/ 1757).

²³ Die Ergebnisse unserer Interviews finden in diesem Punkt ihre Entsprechung auch in den Ergebnissen der Begleitforschung, nach der die Mengensteuerung sowohl der Leistungsbegrenzung als auch der Ausweitung diente (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 95f.).

Der hier beschriebene Mangel, dass auf Grund einer ungenügend koordinierten und geplanten Einbestellung Patienten sehr kurzfristig vom OP-Termin benachrichtigt oder nicht mehr rechtzeitig abbestellt werden konnten, war bereits vor 1993 in Krankenhäusern anzutreffen. Durch die Budgetdeckelung und Einführung des neuen Entgeltsystems haben diese Probleme aber eine deutliche Verschärfung erfahren. Waren es früher vor allem Kapazitätsengpässe, die zum kurzfristigen Umdisponieren zwangen, so traten ab 1993 weitere verkomplizierende Rahmenbedingungen und Auslöser hinzu. Es muss bei Einbestellungen nicht nur darauf geachtet werden, dass auch entsprechende Betten in Männer- oder Frauenkrankeinzimmern frei sind, ausreichend Intensivkapazitäten vorhanden sind, der OP-Plan es zulässt etc., sondern es muss auch beachtet werden, dass im Abteilungspflegesatzbereich die geplante Belegung und im Fallpauschalenbereich die erlaubten Fallzahlen für die einzelnen Entgelte erreicht bzw. nicht überschritten werden. Dass ein solch komplexes Steuerungssystem zumindest in den ersten Jahren nicht fehlerfrei funktionierte, ist nachvollziehbar. Allerdings: Es darf dabei nicht aus den Augen verloren werden, für wen es letztlich zu funktionieren hat und wer Leidtragender – im wahrsten Sinne – der Fehler ist.

Hinter der im vorstehenden Interviewauszug geschilderten Anekdote stehen Patientenschicksale. Wer einen Termin zu einer Krankenhausbehandlung erhalten hat und sich auf darauf vorbereitet, insbesondere wenn es sich beispielsweise um eine größere Operation handelt, ist erheblichem Stress ausgesetzt, muss seinen privaten Bereich für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes organisieren, muss seine berufliche Situation entsprechend organisieren etc.

Trotz der angesprochenen Probleme erscheint die medizinische Leistungssteuerung vielen Ärzten und Pflegekräften aber nicht nur legitim, sondern auch als Fortschritt, da sie einer tendenziell entgrenzten Medizin Grenzen aufzeigt, die als hilfreiche Orientierung angesehen werden. Zur Veranschaulichung im folgenden einige ausführlichere Passagen aus Interviews.

„Aber ich denke mal, diagnostisch wird doch auch... wird doch auf Grund der Kostengründe auf einiges verzichtet. Wobei man andererseits wirklich sagen muss, dass viele Sachen natürlich früher auch nicht unbedingt bedacht gemacht worden sind, sondern man hat da einfach routinemäßig kontrolliert, obwohl man sich da... obwohl man es nicht hätte machen müssen. Aber dadurch, dass jetzt immer diese Diskussion kommt und der Kostenfaktor angeführt wird, wird doch heute mehr darüber nachgedacht (...)

Ich nenne mal nur ein Beispiel: Es kommt jemand rein mit akuten Bauchschmerzen, hat nach Befund der Laborparameter, der Klinik usw. hat er eine Pankreatitis, dann wird ein CT (Computertomogramm, d.A.) gemacht. Dann sieht man im CT halt eine Pankreatitis mit entsprechender Veränderung. Und dann sieht man, dass es dem Patienten klinisch besser geht, und dann sieht man, dass die Laborwerte besser werden, und dass man irgendwann anfangen kann, Kostaufbau wieder anfangen kann, und das alles so machen, und dann war es früher so, dass man einfach dann halt noch mal ein CT gemacht hat – Verlaufskontrolle – mal gucken, ob das auch weg ist, sage ich mal so. Obwohl man rein von der Klinik und von den Laborwerten... das macht man jetzt nicht mehr. Ja? (...)

Eigentlich muss man sagen, fehlt es einem nicht, weil man ja auch gelernt hat, dass letztendlich sich daran – man macht ja eine Diagnostik, weil man daraus Entscheidungen ableiten will, ja – und es ändert sich an dem, was man tut, nichts. Ob ich nun nach einer Woche den Kontrollbefund habe, der wird auch wahrscheinlich sagen, das sieht besser aus, wenn es dem Patienten besser geht. Es gibt ganz, ganz wenige Fälle, wo man vielleicht sagt, dass die Untersuchung jetzt einem wirklich eine neue Erkenntnisse und eine

Beeinflussung der Therapie gebracht hätte. Insofern ist sicherlich manches durchaus zuviel geworden, das wurde einem jetzt ein bisschen heran geführt, dass man doch mehr darüber nachdenkt“ (Chefarzt 05: 214/259).

„Und man fängt vielleicht für sich an zu überlegen, so bei Blutuntersuchungen, was tut Not, was muss ich wirklich kontrollieren? Das ist auch richtig, dazu muss man – denke ich – auch angehalten werden“ (Arzt 08: 699/703).

„Also ich denke Entscheidungen, eine Therapie nicht zu machen aus Kostengründen, kann ich jetzt so nicht erinnern, also eher dann, dass da, glaube ich, ein Umdenken stattgefunden hat, dass man eben bei alten, mehrfach erkrankten und gerade dann auch bei Tumorpatienten irgendwann vielleicht eher einen Zeitpunkt findet, um nicht alles an intensivmedizinischen Maßnahmen wirklich bis zum Schluss durchzuführen. Aber das denke ich, ist dann keine Kostenfrage, das ist glaube ich eher eine Frage mit dem, was das an Lebensqualität für den Patienten dann noch tun kann“ (Pflegekraft 07: 484/496).

Die hohe Akzeptanz der medizinischen Leistungsplanung nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch im Pflegebereich, scheint in starkem Maße auch darauf zurückzuführen zu sein, dass in der Leistungsplanung ein Instrument gesehen wird, mit dem Chefarzte erstmals tatsächlich dem Gemeinwohl der Gesamtorganisation unterworfen werden könnten. Ist ein Chefarzt gegenüber der Krankenhausleitung und anderen Berufsgruppen nicht kooperationsbereit, so kann seine Kooperationsbereitschaft auf dem dienstrechtlichen Weg nicht erzwungen werden, da er medizinisch-fachlich nicht weisungsgebunden ist.

Die Einführung der internen Budgetierung hat dagegen ein Maß an Kooperationsbereitschaft entstehen lassen, das vor 1993 weitgehend unbekannt war. Wurden vor der Budgetdeckung Operationszahlen, Fallzahlen, Sachmittelverbräuche etc. durch eine primär auf Prestigesteigerung ausgerichtete Behandlungsstrategie eines Chefarztes in die Höhe getrieben, so führte dies zwar zu einer verstärkten Arbeitsbelastung nachgeordneter Bereiche, zog aber keine Sanktionen nach sich. Unter der internen Budgetierung werden die dadurch verursachten Kosten offengelegt, dem jeweiligen Abteilungsbudget angelastet und können den zukünftigen Handlungsspielraum des Chefarztes einschränken.

Vor allem aber hat die interne Budgetierung etwas für die meisten Chefarzte vollkommen Neues gebracht, das innerhalb des ärztlichen Dienstes durch die ihnen nachgeordnete Ärzte formal nicht möglich ist: Von ihnen wird Rechenschaft für ihr ärztliches Handeln im Krankenhaus verlangt. Diese Rechenschaftspflicht bezieht sich jedoch nicht direkt auf ihr ärztliches Handeln gegenüber einem einzelnen Patienten und hat nicht zum Gegenstand, ob diese oder jene Behandlung den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach. Es geht in erster Linie um die Einhaltung von Leistungszahlen und Kostenrichtwerten. Aber vermittelt hierüber wird auch – und zwar nicht von Ärzten, sondern von nichtärztlichen Mitgliedern des Krankenhausmanagements – eine fachlich-medizinische Begründung für ärztliches Handeln eingefordert, und dies offenbar mit wachsendem Erfolg.

„Und wenn das dann dort nicht klappt, dann werden Einzelgespräche geführt, wo es einen auf den Hut gibt, und wo noch mal klar gemacht wird, dass man uns in Schwierigkeiten bringt, wenn man so weiterfährt“ (Pflegedienstleitung 03: 1716/1720).

„Habe ich ihn neulich gefragt: Warum steuern Sie das so? Dann sagt er: Ich kann das nicht steuern, das sind alles die Notfälle gewesen, in den letzten zwei Wochen. Dann rede ich mit meinen Anästhesieleuten und mit der Pflege im OP und sage ihnen klar: Das hat (...) mir gesagt. Wie seht ihr das? Sagen die: Stimmt doch gar nicht. Dann führe ich den Dialog da, sage ich mal so, und irgendwann einigen wir uns darauf, dass er dann verspricht: Ja gut, ab nächster Woche versucht er jetzt mal gegen zu steuern“ (Pflegerdienstleitung 03: 1727/1738).

Zunehmend werden auch Sanktionsmittel gegen Chefärzte eingesetzt, die nicht bereit sind, die Leistungsentwicklung im Budgetrahmen zu halten.

„Und dann gibt es natürlich Möglichkeiten, hier einzuschreiten. Wir können Betten sperren, ist relativ wenig effektiv. Ja? Das Effektivste ist in den operativen Bereichen noch immer, einen Operationssaal zu schließen, wenn es so ist. Nicht? Also, das sind die drastischsten Maßnahmen“ (Chefarzt 09/Ärztlicher Direktor: 679/686).

Allerdings ist die Bereitschaft zu einer am Budgeterfolg orientierten Leistungssteuerung auch nach mehreren Jahren Budgetdeckelung unter den leitenden Ärzten noch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Wenn Chefärzte die mit den Kassen vereinbarten Leistungsmengen nicht beachten und bewusst überschreiten, so ist dies sicherlich bei einem Teil der leitenden Ärzte auch auf ethische Bedenken zurückzuführen, nicht selten aber spielen eher andere Gründe eine Rolle, wie beispielsweise das mit bestimmten Eingriffen oder Fallzahlen verbundene Ansehen in der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaft oder auch das Festhalten an der Vorstellung, als Chefarzt frei über Art und Menge medizinischer Leistungen bestimmen zu können. Auch die interne Budgetierung und medizinische Leistungssteuerung erfolgt im Rahmen der vorhandenen Machtstrukturen im Krankenhaus, in deren Zentrum immer noch die ärztliche Profession und letztlich die Chefärzte stehen.

„Und dann gibt es natürlich auch diejenigen, ich sag' mal, die auch ganz geschickt sind, die sich eben um gar nichts kümmern. Die fahren eigentlich den besten Kurs. Ja? Die fahren den erfolgreichsten Kurs, weil es natürlich so ist, wenn man sich überhaupt nicht drum kümmert, was also jetzt ein Klinikumsvorstand oder wie auch immer sagt, also die sind die Dickfelligen, denn, ich sag' mal, manche sind natürlich dann von den Ärztekollegen und auch sonst wie werden zurückgeholt, aber es gibt ganz Dickfellige und die haben eigentlich die besten Karten, weil die natürlich immer weiter ausweiten können. Die überfallen die einfach. Ja? Ne Handhabe ist da an sich kaum möglich, also sowohl Personal, das sind ja auch Kostenbereiche an sich auch nicht. Die ärztliche Therapiefreiheit gibt's. Der ... dem C 4-Professor ist eigentlich nur der Minister weisungsbefugt, also keiner in (...). Ja? Und das macht die Sache natürlich auch nicht grade leicht“ (Controlling 03: 1496/1521).

3.2 Steuerung der Patientenaufnahme

Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen wird im folgenden entlang des Verlaufes einer Krankenhausbehandlung dargestellt. Die Krankenhausbehandlung wird hierzu in drei große Entscheidungskomplexe unterteilt:

- die Entscheidung über Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Patienten,
- die Entscheidungen über Art und Umfang der Versorgung im Krankenhaus und

- die Entscheidung über die Frage, wann und wohin ein Patient verlegt oder entlassen wird.

Der Entscheidungskomplex »Aufnahme« kann auf einer ersten Ebene nach der Art der Aufnahme unterschieden werden. Es gibt zwei große Gruppen von Aufnahmen in ein Krankenhaus: geplante Aufnahmen von Patienten für planbare Untersuchungen oder Eingriffe (elektive Eingriffe/einbestellte Patienten) und nicht-geplante Aufnahmen von Notfallpatienten. Beide Gruppen können jeweils differenziert werden in »Aufnahmen von außen« oder »Verlegungen aus einem anderen Krankenhaus«.

Sowohl die allgemeine gesellschaftliche Erwartung als auch die geltenden Berufsethiken und einschlägigen Bestimmungen des Sozialrechts wie auch die herrschende Rechtsprechung erwarten oder verlangen von einem Krankenhaus, dass sich die Entscheidungen über die Aufnahme von Patienten ausschließlich nach dem medizinisch Notwendigen richten. Ist eine Krankenhausbehandlung nach dem Stand des ärztlichen Wissens erforderlich und damit im sozialrechtlichen Sinne medizinisch notwendig, so ist sie – sofern es die sachliche und personelle Ausstattung des betreffenden Krankenhauses erlaubt – auch durchzuführen (Quaas 1993).

Wenn vor 1993 Patienten trotz medizinischer Notwendigkeit von einem Krankenhaus nicht aufgenommen wurden und beispielsweise in eine andere Klinik verlegt oder deren Behandlung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurde, so war dies in der Regel darauf zurück zu führen, dass das betreffende Krankenhaus generell oder zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme nicht über die für eine angemessene Versorgung notwendige sachliche und personelle Ausstattung verfügte. In der Notfallversorgung konnte es beispielsweise an den erforderlichen und freien Intensivbetten oder geeigneten Operateuren fehlen, bei planbaren Eingriffen beispielsweise an freien OP- oder Intensivkapazitäten. Zur Zeit des »Pflegetotstandes« Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre waren häufig auch die Normalstationen der entscheidende Engpass in der Versorgung.

Die Einführung der Budgetdeckelung im Jahr 1993 und drei Jahre später des neuen Entgeltsystems bewirkten hier eine Reihe von Veränderungen. Zwar kann sicherlich immer noch davon ausgegangen werden, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten nach medizinischer Notwendigkeit bzw. bestem ärztlichen Wissen erfolgt. Es sprechen jedoch deutliche Anzeichen dafür, dass mittlerweile ein Teil der Entscheidungen von wirtschaftlichen Zielen der jeweiligen Krankenhäuser beeinflusst wird.

Die entscheidende Veränderung gegenüber der Situation vor 1993 liegt darin, dass es Fälle gibt, in denen Patienten nicht aufgenommen werden obwohl der zuständige Arzt eine Krankenhausbehandlung für notwendig hält und das betreffende Krankenhaus sowohl sachlich also auch personell in der Lage wäre, den Patienten adäquat zu versorgen. Ausschlaggebend für die Abweisung oder sofortige Weiterverlegung des Patienten ist in diesen Fällen allein die Erwartung, dass die anfallenden Behandlungskosten durch die zu erzielenden Einnahmen nicht gedeckt werden. Dies kann der Fall sein, weil das mit den Kassen vereinbarte Budget bereits ausgeschöpft ist und der zusätzliche Fall von den Kassen nicht vergütet wird oder aber weil es absehbar ist, dass die Behandlungskosten für den eingelieferten Patienten sehr hoch

sein werden und die entsprechende Fallpauschale oder die voraussichtlichen Pflegesatzeinnahmen nicht ausreichen werden.

Diese Veränderungen im Aufnahmeverhalten von Krankenhäusern erfolgten sehr bald nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes und boten ab Mitte 1993 Stoff für zahlreiche Pressemeldungen aber auch für Stellungnahmen von Spitzenverbänden und des Gesundheitsministeriums.²⁴ Im Mittelpunkt standen dabei vielfach spektakuläre Betten- oder Stations-schließungen, die gelegentlich auch als Protest gegen die Budgetdeckelung gedacht waren, aber es gab auch Meldungen über die Abweisung und Wieterverlegung von Patienten aus Kostengründen.

Die Veränderungen sind jedoch erheblich komplexer, als dass man sie allein auf einige Bettenschließungen und spektakuläre Notfallversorgungen beschränken könnte. Diese Fälle können aber als Indikatoren für eine unbekannte Zahl weiterer Leistungseinschränkungen und Patientenverschiebungen begriffen werden, die quasi ‘unter der Oberfläche’ stattfanden und von den Betroffenen – ob Patienten, Angehörige oder aufnehmendes Krankenhaus – nicht bemerkt wurden oder – wenn überhaupt – im Einzelfall nur sehr schwer nachzuweisen waren.

Anhand der Krankenhausstatistik sind die angesprochenen Veränderungen letztlich nicht zweifelsfrei nachweisbar, da die Statistik zwar die Zahl der Aufnahmen und Verlegungen nennt, aber keine Auskunft über die Nichtaufnahmen, die Motive für Verlegungen, die Veränderung von Versorgungsstandards oder die tatsächlichen Gründe für frühzeitigere Entlassungen geben kann. Hierzu bieten lediglich Methoden der qualitativen Sozialforschung einen Zugang. Dieser Zugang kann zwar keine Repräsentativität der Ergebnisse bieten, wohl aber besser als andere Forschungsmethoden Aufschluss über die entscheidenden Handlungsmotive geben.

Und nur die Handlungsmotive und -ziele qualifizieren patientenbezogene Entscheidungen als primär nicht auf medizinische, sondern auf ökonomische Ziele ausgerichtet. Allein dass ein Patient nicht aufgenommen oder verlegt wurde, sagt noch überhaupt nichts darüber aus, aus welchen Gründen es geschah. Selbst wenn trotz Abweisung oder Verlegung eine Krankenhausbehandlung aus retrospektiver oder externer Betrachtung als medizinisch notwendig anzusehen ist, so könnte der Nichtaufnahme eine Fehleinschätzung der behandelnden Ärzte des betreffenden Krankenhauses zu Grunde liegen, ohne dass ökonomische Ziele des Krankenhauses eine Rolle gespielt haben. Von einer Ökonomisierung ärztlicher Entscheidungen kann erst dann gesprochen werden, wenn die behandelnden Ärzte zwar der Auffassung waren, dass ein Patient aus rein medizinischer Sicht aufgenommen oder versorgt werden müsste, sie ihn aber – da es für die kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses oder der Abteilung als besser erschien – abwiesen oder in ein anderes Krankenhaus weiter verlegten.

²⁴ Vgl. hierzu u.a. die Zusammenstellung exempl. Zeitungsmeldungen in Simon 1996, 1997; Sollmann 1994.

3.2.1 *Der Griff zur 'Notbremse': Budget erschöpft – Bettensperrung*

Da die Budgetdeckelung für Krankenhäuser überraschend kam und sie keine Vorbereitungszeit hatten, waren die ersten Jahre der Deckelung im Grunde Testlauf und Ernstfall zugleich. Insbesondere, dass es keine Erfahrungen, kaum hinreichend qualifiziertes Personal (v. a. Controller) und auch kaum funktionierende Software für die Budgetüberwachung gab, erschwerte vielfach zunächst eine frühzeitige Erkennung von Budgetabweichungen und ein effektives Gegensteuern,²⁵ so dass viele Krankenhausleitungen Budgetabweichungen in den ersten Jahren oftmals erst im letzten Quartal entdeckten. Es blieb ihnen dann „vielfach nur noch die Notbremse: Stationen oder ganze Abteilungen werden ganz oder teilweise geschlossen, um noch höhere Defizite zu vermeiden“ (Montgomery 1996: 55).

Zu Beginn der Deckelungsphase gingen Krankenhäuser vielfach noch mit Meldungen über Bettensperrungen an die Öffentlichkeit, gelegentlich wohl auch in der Hoffnung, damit die Deckelung doch noch zu Fall bringen zu können.²⁶ Eine solche Strategie wurde auch von Teilen der Spitzenverbände des Krankenhausbereichs empfohlen.²⁷ Nachdem Krankenhäuser aber die Erfahrung machen mussten, dass die Verantwortung für Leistungseinschränkungen nicht der Politik, sondern den betreffenden Krankenhäusern angelastet wurde und sie in der Öffentlichkeit hierfür in die Kritik gerieten, wurde es in den Medien deutlich ruhiger um dieses Thema. Daraus darf jedoch nicht abgeleitet werden, dass es seitdem keine Einschränkungen mehr gibt, sondern nur, dass darauf nicht mehr im gleichen Maße wie früher öffentlich hingewiesen wird.

Dass auch weiterhin Meldungen über Einschränkungen der Patientenversorgung erschienen, soll die folgende Auswahl von Pressemeldungen aus dem norddeutschen Raum verdeutlichen.

- Die Medizinische Hochschule Hannover gab Ende 1996 bekannt, dass von den im Budget zugestandenen sehr kostenaufwändigen 63 Stammzellen- und Knochenmarkübertragungen bis zum Ende des 3. Quartals statt der geplanten 48 bereits 55 geleistet wurden (HAZ vom 16.10.1996). Da das Budget vor Ende des Jahres ausgeschöpft war, mussten Eltern mit ihren Kindern nach Tübingen oder Berlin reisen (Blech 1998).

²⁵ Vgl. hierzu die Darstellung des Vorsitzenden des Marburger Bundes, budgetverantwortlicher Oberarzt einer Universitätsklinik, die durchaus stellvertretend für die Situation vieler Krankenhäuser Mitte der 90er Jahre stehen kann: „In der Regel erfahre ich gegen Ende des Jahres wie weit ich unser Budget im April ausgeschöpft hatte. Das läßt schon terminlich wenig bis gar keinen Steuerungsspielraum. Der Grund ist einfach genannt: Uns fehlen in diesem riesigen Krankenhaus, das 1.800 Betten auf über einen Quadratkilometer verteilt, die Informationssysteme und Nachrichtenstränge zur Gewinnung und Verarbeitung der komplexen Informationen“ (Montgomery 1996: 51).

²⁶ Vgl. hierzu u. a. den Überblick im Krankenhaus-Report 1994: „Die Berichte häufen sich, nach denen Krankenhäuser Operationen ins nächste Jahr verschieben oder Patienten nicht aufnehmen, weil sie ihr Budget nicht überschreiten wollen. Die Patienten werden immer öfter auf Wartelisten gesetzt oder in andere Kliniken überwiesen“ (Sollmann 1994: 17).

²⁷ Dazu ein führender Mitarbeiter der DKG auf der Jahresversammlung 1993 des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands: „Dabei sollte nicht davor zurückgeschaut werden, der Öffentlichkeit, insbesondere der Politik und den Kassen, deutlich zu machen, dass begrenzte Ressourcen in der Regel auch begrenzte Leistungen bedeuten“ (Fack-Asmuth 1993: 745).

- Das Direktorium der Medizinischen Universität Lübeck gab Anfang August 1997 bekannt, dass das Budget 1997 voraussichtlich bereits im Dezember erschöpft sein wird und als Konsequenz eventuell einzelne Abteilungen geschlossen werden müssen (Ärzte Zeitung vom 6.8.1997: 6).
- Das Kreiskrankenhaus Lehrte lehnte im Spätsommer 1997 die Versorgung eines Patienten mit schwersten Gelenkveränderungen und starken chronischen Schmerzen ab, da die mit den Kassen vereinbarten Fallzahlen bereits im September überschritten waren. Der zuständige chirurgische Chefarzt hielt eine Operation zwar für dringend erforderlich, lehnte ihre Durchführung aus ökonomischen Gründen aber ab: „Wir können aber nicht, weil wir unser Budget schon längst überschritten haben“ (Chefarzt, zit. n. HAZ 18.10.1997).
- Das Klinikum Minden stoppte im November 1997 ebenso wie das Marienhospital Aachen alle planbaren Augenoperationen bei Erwachsenen (Nöh 1997).
- Da das Budget der Medizinischen Hochschule Hannover für Nierentransplantationen vor Ende des Jahres 1997 erschöpft war, wurde in 33 Fällen die Operation in Hannoversch Münden durchgeführt, da das Budget des dortigen Krankenhauses noch nicht ausgeschöpft war (Blech 1998).

Es gab und gibt aber auch zahlreiche Krankenhäuser, die Bettensperrungen und Patientenabweisung aus grundsätzlichen ethischen Gründen ablehnen. Bei einem Teil der Kliniken, die Patienten nicht abweisen, spielen aber offenbar auch strategische, auf Expansion gerichtete Überlegungen sowie Marketingaspekte eine Rolle. Zur Veranschaulichung die folgenden Interviewauszüge.

„...hätten wir zum Oktober sagen müssen, wir haben unser Leistungskontingent erreicht, wir müssen eigentlich schließen. Das hat zweierlei Effekte: einmal sehen wir uns nicht so, dass wir als frei gemeinnütziges Haus im Schwarzheim stehen: (...) nimmt keine teuren Patienten mehr auf oder führt keine Herzoperationen mehr durch. Das andere ist natürlich eine politische Dimension zu sagen: Überall wird überlegt, Kapazitäten anzupassen, und zwar nach unten hin, und wenn wir sie schließen... und diese hohe Nachfrage, die wir hier haben, wir haben heute eine Auslastung von 106 % über alle Fachabteilungen, dies ist natürlich auch in den Pflegesatzverhandlungen nicht ohne Ergebnisse, um zu sagen: Zumindest eine Bettenschließung kommt bei uns nicht in Frage“ (Verwaltungsleiter 02: 380/398).

„Also, wir versuchen es zu vermeiden. Das gibt's eigentlich nicht. Also, sage mal so: Ich versuche es, dringend meinen Oberärzten zu erklären, begreiflich zu machen, dass das kontraproduktiv ist. Ich möchte ja eigentlich, dass wir ein Ansprechpartner sind für die umliegenden Krankenhäuser. Als tertiäres Versorgungszentrum möchten wir diese Fälle natürlich bekommen, mit den Leuten zusammenarbeiten. Und wenn sie dann ein paar Mal ablehnen, dann gehen die woanders hin. Dann gehen sie aber mit ihren einfachen Fällen auch woanders hin. Verstehen Sie? Also das ist ja auch ... im Grunde genommen Public Relations, was sie da machen“ (Chefarzt 08: 928/943).

Einerseits ist die Ablehnung von Patientenabweisungen im Hinblick auf die Patientenversorgung natürlich zu begrüßen. Wenn sie allerdings so wie im zweiten Fall begründet wird, ist sie letztlich auch Ausdruck der Ökonomisierung ärztlicher Entscheidungen: Die Abweisung von Notfallpatienten wird nicht abgelehnt, weil dies mit gesundheitlichen Nachteilen für die betroffenen Patienten verbunden sein könnte, sondern im Grunde aus einem Eigeninteresse

des Krankenhauses und des Mediziners. Die Frage drängt sich auf: Was wäre, wenn die Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten für die Sicherung der wirtschaftlichen Zukunft der Abteilung nicht so wichtig wäre?

Beide Begründungen für die Ablehnung von Patientenabweisungen können durchaus als charakteristisch für einen Trend zur Umkehr der Zweck-Mittel-Relation im Krankenhausbereich angesehen werden: Die Versorgung von Patienten ist nicht Zweck, sondern Mittel im Rahmen eines strategischen Unternehmens- und Marketingkonzeptes.

Dass spektakuläre Bettenschließungen und Patientenabweisungen in den letzten Jahren seltener Stoff für Pressemeldungen liefern, dürfte aber vor allem auf Lernprozesse in den Krankenhäusern zurückzuführen sein. Im Verlaufe der Deckelung hat die Mehrzahl der Krankenhäuser ihr System der Budgetüberwachung und Leistungssteuerung erheblich verbessert. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass dramatische 'Notbremsungen', wie Bettensperren oder spektakuläre Patientenverlegungen zur Vermeidung von Budgetüberschreitungen, erheblich seltener stattfinden als in den ersten Jahren.

„Aufgrund des Berichtswesens, das mittlerweile aufgebaut wurde, können wir schon relativ gut antizipieren: Wo kommen wir hin. Und im letzten Augenblick dann nachher einzugreifen, das tun wir lieber nicht“ (Controlling 01: 994/998).

Patientenaufnahmen werden mittlerweile zumeist bereits im laufenden Jahr so gesteuert, dass gegen Ende des Jahres die angestrebte Punktlandung erreicht wird. Hierzu wird in der Regel die Zahl der vereinbarten Fälle und Leistungen des Jahres auf die einzelnen Monate herunter gebrochen und die Einhaltung dieser Zielvorgaben monatlich überwacht.

„...und jetzt ist diese Zahl erreicht, zum dritten Mal hintereinander, zwischen 1000 und 1100 Operationen, und ja, also das gab es noch nicht. Und es kann auch nicht so leicht, wenn diese Zahl wieder erreicht werden sollte im nächsten Jahr – versehentlich im Oktober schon – die Zahl von 1000 erreicht werden, man sieht es ja, sie müssen es ja blocken, sie müssen im Jahr... im Monat 90 operieren, weil: 12 mal 90 sind 1080“ (Arzt 05: 352/362).

Wenn die Punktlandung kurz vor Jahresende durch unvorhergesehene Fallzahlsteigerungen gefährdet wurde, war dies zu einem Teil aber offenbar auch das Ergebnis von Zuweisungsstrategien niedergelassener Ärzte. So verschob anscheinend ein Teil der Niedergelassenen nach Einführung des Arzneimittelbudgets wirtschaftliche Risiken, die mit der Versorgung besonders behandlungsaufwändiger Patienten verbunden waren (u. a. AIDS-Patienten) in den Krankenhausbereich.²⁸ Aber auch später noch waren Kostenverschiebungen aus dem ambulanten Bereich in die Krankenhausbudgets zu verzeichnen. So rief der „Konvent Niedergelassener Chirurgen im BDC“ seine Mitglieder 1997 dazu auf, Patienten nicht mehr ambulant zu

²⁸ Vgl. hierzu exemplarisch eine Meldung über das Katharinenhospital Stuttgart (Stuttgarter Nachrichten 18.3.1997): Die Zahl der jährlich versorgten Aids-Patienten war von ca. 100 Patienten Anfang der 90er auf 150 im Jahr 1996 angestiegen. Ein Oberarzt wurde mit den Worten zitiert: „Wir wissen nicht mehr, wie wir die teure Versorgung bezahlen können“.

operieren, sondern in die Krankenhäuser einzuweisen (Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., Info IV/97, S. 7-10). Hintergrund war ein massiver Punktwertverfall infolge einer Mengenausweitungen beim ambulanten Operieren. Ein Teil der niedergelassenen Operateure sah die Krankenhauseinweisung gegen Ende des Jahres offenbar als legitimes Kampfmittel in der Auseinandersetzung um Vergütungsanteile an. Der Vorsitzende des Bundesverbandes Ambulantes Operieren machte seinen Kollegen mit unverhohlenem Zynismus den Vorschlag: „Schicken Sie wenigstens einige der schlechtestbezahlten Operationen dorthin, wo sie früher im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Krankenhäuser durchgeführt wurden, nämlich in die Krankenhäuser. Diese freuen sich jetzt am Ende des Jahres, wenn ihr Budget aufgebraucht ist, über solche Zuweisungen ganz besonders“ (Brökelmann 1997: 2).

3.2.2 *Der geräuschlosere Weg: Kontinuierliche Steuerung der Patientenaufnahme*

Mit zunehmender Erfahrung entwickelte sich unter der Budgetdeckelung ein System der kontinuierlichen budgetorientierten Steuerung von Patientenaufnahmen, das sich in erster Linie auf planbare Krankenhausbehandlungen richtet, aber auch zeitweise oder in Teilbereichen die Versorgung von Notfällen einschließt. Sicherlich erfolgen Patientenaufnahmen in deutschen Krankenhäusern immer noch überwiegend und in erster Linie unter medizinischen Gesichtspunkten. Es ist jedoch ein deutlicher Trend erkennbar, dass ökonomische Entscheidungskriterien zunehmend an Einfluss gewonnen haben.

Die Steuerung der Patientenaufnahme kann zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie sicherstellt,

- dass insgesamt nicht mehr Fälle aufgenommen werden, als dem Krankenhaus von den Kassen auch vergütet werden (Steuerung der Gesamtfallzahl),
- die für die einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbarten Fallzahlen erreicht bzw. nicht überschritten werden (Steuerung der Mengenkontingente für die verschiedenen Fallpauschalen und Sonderentgelte),
- die vereinbarte Bettenbelegung im Abteilungspflegesatzbereich weder unterschritten noch wesentlich überschritten wird (Steuerung der Belegung mit Abteilungspflegesatzpatienten) und
- nur so viele schwere und sehr kostenaufwändige Notfälle versorgt werden, wie sie in der Budgetkalkulation vorgesehen sind (Steuerung des Fallmix).

Es dürfte auf der Hand liegen, dass eine Steuerung der Patientenaufnahmen mit Blick auf das Budget ab einem bestimmten Punkt dazu führt, dass bei einer Reihe von Patienten eine Krankenhausbehandlung aus ärztlicher Sicht zwar als sinnvoll oder sogar notwendig angesehen wird, eine Aufnahme in das jeweilige Krankenhaus vom zuständigen Krankenhausarzt dennoch nicht veranlasst wird. Wenn das Budget ‘erschöpft’ ist oder die mit den Kassen für eine bestimmte Art Erkrankung oder Behandlung vereinbarte Fallzahl bereits erreicht oder über-

schritten wurde, müssten Patienten – wenn der Budgeterfolg nicht gefährdet werden soll – entweder auf einen späteren Behandlungstermin vertröstet oder an ein anderes Krankenhaus verwiesen werden. Und in der Tat gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass seit 1993 Krankenhausbehandlungen, die aus ärztlicher Sicht notwendig waren, aus wirtschaftlichen Gründen in einen späteren Budgetzeitraum oder ein anderes Krankenhaus verschoben wurden.

Die Einbestellung von Patienten zu planbaren Behandlungen erfolgt mittlerweile nicht mehr nur nach rein medizinischen Kriterien, sondern auch mit Blick auf die Budgetentwicklung. Dabei ist ein zentrales Entscheidungskriterium die Einhaltung der Anteile von Fallpauschalen- und Sonderentgeltpatienten auf der einen und Abteilungspflegesatzpatienten auf der anderen Seite. Soll eine Punktlandung erreicht werden, erfordert dies einen kontinuierlichen Balanceakt, da die Ausgleichsmechanismen zwischen beiden Entgeltbereichen keine unbegrenzte wechselseitige Substitution erlauben. Werden zu viele Fallpauschalenpatienten aufgenommen, so überschreitet das Krankenhaus die vereinbarten Fallzahlen, kommt aber auf Grund der kurzen Liegezeiten unter Umständen nicht auf die angestrebte Bettenbelegung, da nicht ausreichend Platz für die Aufnahme von Abteilungspflegesatzpatienten ist. Werden zu viele Abteilungspflegesatzpatienten aufgenommen, können unter Umständen die geplanten Fallzahlen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht erreicht werden. Solche schwierig auszugleichenden 'Schieflagen' sind im Hinblick auf das Budgetziel möglichst zu vermeiden.

„Mich interessiert nur das Gesamtergebnis. Also wenn jetzt die Allgemeinchirurgie mit ihren Fallpauschalen drüber schießt und mit ihren Abteilungspflegesätzen genau im Limit ist, dann muss man eben sagen: Achtung, Ihr müsst eure Fallpauschalen mal ein bisschen zurückfahren. Dann können wir es denen überlassen, individuell, ob nun die eine oder andere Operationsart zurückgefahren wird“ (Verwaltungsleiter 01: 943/952).

Die Leistungsentwicklung ist darum häufig Thema in ärztlichen Konferenzen, auch mit dem Ziel, die Ärzte der jeweiligen Abteilung zu einer budgetorientierten Patientenaufnahme zu veranlassen.

„Wir haben eine ärztliche Konferenz, die monatlich stattfindet, da sind alle Abteilungen vertreten, da wird die Globalsteuerung angesprochen, dass eben wenn... und dann werden anschließend noch mal individuelle Gespräche geführt: Ihr müsst... ihr seid im Fallpauschalenbereich schiefastig oder ihr müsst mehr Abteilungspflegesätze machen. Das ist natürlich schwer steuerbar, weil die Patienten nicht so kommen, wie man es gerade haben möchte, aber das wird individuell gemacht“ (Verwaltungsleiter 01: 914/925).

Auf der Stationsebene liegt es häufig in der Hand des Pflegepersonals, die mitunter 6-8 oder mehr Aufnahmen pro Tag zu koordinieren. Galt es vor Einführung des neuen Entgeltsystems vor allem darauf zu achten, dass die Geschlechterproportionen bei Entlassungen und Aufnahmen gleich waren, um häufiges Umschieben von Patienten zwischen den verschiedenen Krankenzimmern zu vermeiden, so gilt es seit 1996 im Grunde auch die jeweilige Entgeltform zu beachten.

„Na ja, das kommt drauf an, wie... meinerwegen wie viele Fallpauschalen da sind, das lässt sich alles errechnen. Und wenn das eben zu wenig sind, dann muss man schon ein bisschen überlegen beim Einbestellen“ (Pflegekraft 06: 739/743).

Natürlich gelingt dieser angesprochene Balance- und Steuerungsakt nicht immer so elegant, dass nach und nach über das Jahr gleichmäßig verteilt 'die Mengen abgearbeitet werden'.

„...in der Form, dass man so phasenweise den Eindruck hat, jetzt werden z. B. Carotis-Stenosen gemacht, dass die also so einen Katalog haben und dann feststellen: Also wir müssen also noch mindestens soundso viel Carotiden operieren. Und die werden dann so zügig nacheinander einbestellt, oder Bauchaorten-Aneurismen, so. Das ist schon so, dass ich ganz subjektiv den Eindruck habe, dass es so zeitweise sehr gehäuft ist. Und sonst höchstens in der Form, dass – wenn man auf der Normalstation dann mal nachfragt: So, wie sieht eure Planung aus? oder: Wir haben leider in nächster Zeit... können wir schon was sagen, haben wir viele Patienten zu erwarten?, dass da eher gesagt wird: Nein, im Moment eigentlich eher nicht so viel, und: Wir sind gerade dabei, irgendwie noch Patienten mit Fallpauschale... einzubestellen“ (Pflegekraft 07: 540/558).

Gelegentlich tritt die latente Absurdität einer an ökonomischen Zielen ausgerichteten Leistungssteuerung jedoch voll zu Tage und wird von den Beteiligten mit bissiger Ironie kommentiert.

„Dann gab es diese Kataloge – Fallpauschalen, Sonderentgelte – dann hat der operiert wie Teufel, nur eine Sorte. Die haben nur Aorten gemacht, (Name, d.A.) von der Intensiv hat mir gesagt: Sag mal, haben die nicht mehr alle, oder was? Ich habe hier nur noch Aorten. Will der jetzt alle Aorten (Name der Stadt, d.A.) operieren, oder was?“ Dann gab es eine Zeit lang nur ganz bestimmte andere Sorte Gefäße.

Ich habe (Name des Chefarztes, d.A.) gefragt: Warum machen Sie das? Das kann ich nicht steuern, hat er dann einfach gesagt. Das kann ich nicht steuern. Das hat er mir ehrlich vermittelt. Er sagt: Das ist Zufall gewesen. Das kann ich nicht steuern. Sagt: Ich weiß sowieso nicht, wie ich das steuern soll. Ich habe 200 davon, 300 davon, 40 davon, 50 davon, und dann gucke ich so im Jahr und denke: Ja – gut, davon müsste ich jetzt noch was machen, aber dann gucke ich in meine Einbestellliste, und ich habe hier meine Sprechstunde, und ich habe die chirurgische Ambulanz, aber da ist nun mal leider keiner dabei gewesen. Was soll ich machen? Soll ich einen Aushang machen an der Bushaltestelle: »Brauche noch 20 Hernien! Wer kommt freiwillig?« Das ist ganz schwer steuerbar. Ja, wie willst du das denn machen? Da hat er ja recht“ (Pflegedienstleitung 03: 1761/1791).

Problematisch an einer Steuerung der Patientenaufnahmen mit Blick auf das Budget ist weniger das Auftreten von Fehlern bei der Steuerung, wie beispielsweise die Häufungen von Leistungen, als vielmehr die gut funktionierende lautlose Steuerung, da sie ihrer immanenten Logik nach zur Verweigerung von notwendigen Behandlungen drängt: Wenn es gegen die wirtschaftlichen Interessen des Krankenhauses verstößt, dürfen Patienten im Grunde nicht aufgenommen werden. Natürlich ist diese Logik nicht zwingend und sie wird auch nicht in aller Konsequenz und flächendeckend umgesetzt. Aber sie ist mittlerweile in den Krankenhausalltag eingedrungen.

Man kann das Eindringen ökonomischer Kalküle in die Aufnahmepraxis von Krankenhäusern sowohl bei den Einbestellungen als auch bei Selbsteinweisungen und Notfällen feststellen. Die oben bereits angesprochene 'entgeltorientierte' Einbestellungspraxis ist eine Form des Eindringens. Jede Entscheidung für die bevorzugte Einbestellung von Patienten nach dem Kriterium des für ihn zu berechnenden Entgeltes ist, sofern die Nachfrage nach Betten bzw. Behandlungen die verfügbaren Versorgungskapazitäten übersteigt, zugleich auch eine Entscheidung gegen die Aufnahme von Patienten mit anderen Entgeltformen. Angesichts länger

werdender Wartelisten in deutschen Krankenhäusern muss wohl davon ausgegangen werden, dass in relevanten Bereichen die Nachfrage das Angebot übersteigt.

Eine weitere Form des Eindringens ökonomischer Orientierungen in ärztliche Aufnahmeentscheidungen ist die entgeltformunabhängige Abweisung von Patienten, insbesondere, wenn sich eine Budgetüberschreitung abzeichnet. Solche Abweisungen erfolgen offenbar mittlerweile kaum noch offen und als spektakuläre Maßnahme, sondern in der Regel verdeckt. Die wirklichen Gründe werden dem betroffenen Patienten oder – im Fall von Verlegungen oder der Verweigerung einer Übernahme – einem anderen Krankenhaus zumeist nicht offengelegt. Es werden entweder medizinische Gründe vorgeschoben oder es heißt schlicht: „Tut uns leid, wir haben kein Bett“.

„Da hat man natürlich schon Möglichkeit zu sagen: Wir haben kein Bett. Oder wenn die Hausärzte anrufen von (Stadtteil, d.A.), dass wir sagen: Tut mir leid, wir sind nicht zuständig, wir nehmen den nicht, schicken sie ihn nach (Name eines Krankenhauses, d.A.)“ (Arzt 03: 592/597).

„Ich kenne das ja zum Beispiel von... ich kenne das ja zum Beispiel von früher. Als ich in (Stadt, d. A.) war, hatten wir eine Rettungsstelle, Notaufnahme. Dann war manchmal das Haus voll. Dann gab es, so 500 Meter weg, gab es (Name eines Krankenhauses, d. A.), war ein kirchliches Haus mit einer Inneren usw. Und wenn bei uns die Rettungsstelle voll war oder wir konnten nicht ins Haus aufnehmen, dann haben wir da angerufen. Die haben auch gerne abgenommen, weil die dann eben was da hatten, und da weiß ich noch genau, wie wir uns immer gewundert haben, dass so ab Mitte November oder Anfang Dezember – und ich kannte da Leute und so, da waren Betten frei in der Inneren – die haben uns nichts mehr abgenommen“ (Chefarzt 05: 422/438).

„Wir haben bestimmte Abteilungen aufgefordert, die Zusammensetzung der Patienten zu ändern. Nach Möglichkeit aber so, dass es von außen nicht gemerkt wird“ (Chefarzt 10/Ärztlicher Direktor: 132/136).

„Wir merken zur Zeit wieder, ein anderes Krankenhaus in (Stadtteil, d. A.), weist die Patienten ab, wir haben uns schon erkundigt, und die haben tatsächlich ein Budgetproblem und die Patienten landen dann hier, sind teure Schrittmacherpatienten, wenn man da über das Budget schießt... Betriebskosten sind ja nicht so schlimm, aber die variablen Kosten, die kriegen sie nicht wieder rein. (...)

I: Das ist Ihnen aufgefallen? Wie ist Ihnen das aufgefallen?

B: Das hier auf einmal vermehrt Schrittmacherpatienten auftauchen und als wir fragten: Wieso kommen Sie ins (Name des Krankenhauses, d. A.), wurde gesagt: Wir kommen... eigentlich wollten wir in dem und dem Krankenhaus, aber die haben uns abgewiesen. Und das konzentrierte sich dann auf ein Krankenhaus“ (Verwaltungsleiter 01: 687/710).

Die Abweisung von Patienten aus ökonomischen Gründen findet aber nicht nur an der Grenze zwischen Krankenhaus und Krankenhausumwelt statt, sondern offenbar bereits auch innerhalb des Krankenhauses zwischen einzelnen Krankenhausabteilungen.

„Manchmal hat man den Eindruck, wenn man früh in die Besprechung geht, es sind ausreichend Betten da, und wenn dann ein Fall kommt, der nicht so schön ist, der pflegeaufwändig ist, dann sind auf einmal alle Betten voll“ (Arzt 08: 937/942).

3.2.3 Verschiebung planbarer Eingriffe und Wartelisten

Eine zunehmend häufiger eingesetzte Strategie zur Beherrschung ökonomischer Risiken ist die Verschiebung von Behandlungen in nachfolgende Budgetzeiträume. Eine wachsende Zahl von Krankenhäusern führt mittlerweile Wartelisten, die mit zunehmender Dauer der Budgetdeckelung und Mengenbegrenzung länger wurden. Die Befragungen im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung ergaben, dass von den befragten Krankenhäusern 1996 ca. 13 % Wartelisten eingeführt oder verlängert hatten. Ein Jahr später waren es bereits ca. 21 % (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 141). Den höchsten Anteil wiesen mit 25 % die Universitätskliniken auf.

Wartelisten sind kein neues Phänomen in deutschen Krankenhäusern, es gab sie – wenn auch in geringem Umfang – bereits vor dem Gesundheitsstrukturgesetz. Neu ist allerdings die Begründung. Wenn notwendige Krankenhausbehandlung vor 1993 verschoben wurden, so in der Regel aus dem Grund, dass es an den erforderlichen Versorgungskapazitäten mangelte, insbesondere an ärztlichem und pflegerischem Personal und freien Betten vor allem auf den Intensivstationen. Die neuen Wartelisten sind vielfach entstanden und wurden verlängert, obwohl das für eine Behandlung erforderliche Personal und freie Betten vorhanden waren. Die Behandlungen wurden nicht durchgeführt und verschoben, weil die mit den Kassen vereinbarten Operationen oder sonstigen Leistungsmengen bereits erbracht waren und die Krankenhäuser für die zusätzlichen Fälle keine oder nur eine geringe Vergütung erhalten hätten. Angesichts der sehr eindeutig auf Mengebegrenzung zielenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung betrachten viele Krankenhausleitung diese Maßnahme als legitim und verweisen bezüglich der Verantwortung auf Politik und Krankenkassen.²⁹

„Da sind wir auch relativ harsch, dass wir dann auch sagen: Das geht nicht mehr, tut uns leid. Wir schicken auch zunehmend Patienten zu den Krankenkassen. Die sollen sich eine Kostenübernahme geben lassen. Auch das machen wir mittlerweile, weil ich krieg’ permanent von den Krankenkassen in den Verhandlungen gesagt: Das bezahlen wir nicht mehr, das wollen wir nicht. Sag’ ich: O.k. und wie geht’s weiter?“ (Geschäftsführer 01: 424/431).

Die Verschiebung notwendiger Krankenhausbehandlungen und die Entstehung und Ausweitung von Wartelisten ist sicherlich eine der relativ leicht feststellbaren und auch bekannteren Auswirkungen der Budgetdeckelung und des neuen Entgeltsystems. Es dürfte wohl auch kein Zweifel daran bestehen, dass „die Verzögerung einer dringenden Behandlung als Verschlechterung der Versorgungsqualität zu beurteilen“ ist (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 238).

Wartelisten bedeuten nicht nur für lebensbedrohlich Erkrankte eine ernstzunehmende Verschlechterung der Versorgungsqualität. Hinter dem Begriff »Warteliste« oder »Verschiebung« verbergen sich vor allem zahlreiche Einzelschicksale, vermutlich insbesondere chronisch kranker und alter Menschen, deren Zeit des Leidens, der Schmerzen, der Bewegungs-

²⁹ Dass Kassen vielfach auch die Kostenübernahme für einzelne Behandlungen ablehnten, war in den vergangenen Jahren bereits mehrfach Gegenstand von Presseberichten (vgl. hierzu exemplarisch: Blech 1998).

einschränkung etc. um Wochen und Monate verlängert wird. Bei einigen Erkrankungen kann die Verschiebung allerdings auch ein nicht kalkulierbares Risiko für Gesundheit und Leben betroffener Patienten bedeuten, wie der nachfolgende Interviewauszug veranschaulicht.

„Und dann gibt es natürlich unsere, von uns selbst künstlich prolongierte Warteliste, wir haben eine Dreiteilung dieser Warteliste. Wir teilen die ein in die elektiven Patienten, die man programmieren kann, dann die dringenden, die entsprechend unser freien Operationsplätze unterschiedlich lange warten auf die Operation. Und dann gibt es die richtigen Notfälle, die man natürlich nicht verschieben darf. Aber wir haben innerhalb der dringlichen Fälle zwei Kategorien, einmal die sogenannten Hotlisten-Patienten, die also tatsächlich den nächst freien Platz besetzen sollten, und die wirklich Frühdringlichen, wobei wir also sagen können, wir haben fünf Klassifikationen: Der Notfall, der muss sofort operiert werden, die Hotliste innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen, so lange ist unsere Hotlisten-Zeit. Der Frühdringliche jetzt ein bis zwei Monate, der Dringliche ein Viertel Jahr, und der elektive Patient wird irgendwann operiert, also innerhalb des nächsten Jahres. So ist etwa unsere künstlich gestreckte Warteliste, die aus dem Grunde sinnreich ist bei unserer Situation, um immer wieder noch eine Lücke zu haben für den wirklichen Notfall“ (Chefarzt 04: 548/573).

„Das sind Patienten, die nur aufgrund bestimmter Behandlungsmaßnahmen zu stabilisieren sind, das dreht sich in der Regel um koronarkranke Patienten, die dann eine sehr hohe Dosierung von Medikamenten benötigen, um sie schmerzfrei zu bekommen, das heißt sie hängen dann an intravenösen Leinen, also an Kathetern, über die bestimmte Medikamente in die Blutbahn injiziert werden, mit deren Hilfe dann eine Schmerzfreiheit garantiert werden. Das sind die sogenannten instabilen Angina-pectoris-Patienten, die sollten eigentlich auch innerhalb der nächsten ein, zwei, drei Tage spätestens operiert werden, einfach um sie vor dem drohenden Infarkt zu bewahren. Das sind die Hotlistenpatienten. Und bei den Frühdringlichen, wo wir sagen, sie sollten eigentlich auch morgen operiert werden, das aber nicht können, weil wir nicht genügend Kapazität haben, dreht es sich um Patienten, bei denen wir den Befund kennen, und dieser Befund ist so eindeutig, um nicht zu sagen, grimmig, dass wir wissen, nach dem Gesetz der Wahrscheinlichkeit wird es innerhalb der nächsten ein, zwei Monate, spätestens zu einem fatalen Infarkt kommen, und wenn man das weiß, innerhalb der nächsten zwei, drei Monate oder ein, zwei Monate, kann es ja auch heute nacht oder morgen passieren, darum bekommen die die Klassifikation Frühdringlich, und diese Patienten sollten tatsächlich eigentlich den nächsten freien Operationstermin bekommen“ (ebd.: 608/639).

3.2.4 Patientenaufnahme und Risikoselektion

Problematischer als die offen gehandhabten Wartelisten dürfte eine Strategie sein, die verdeckt verfolgt wird. Wenn sie thematisiert wird, so in der Regel nicht von den Krankenhäusern oder Ärzten, die sie aktiv betrieben, sondern von denjenigen, die sich als Leidtragende sehen. Gemeint ist die Risikoselektion, die Unterscheidung in „ökonomisch günstige“ und „weniger rentable“ Fälle“ (Krick/Balzer 1997: 124) und daraus abgeleitet die selektive Aufnahme oder Verlegung von Patienten mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten.

Es gibt vielfältige Strategien der Risikoselektion im stationären Bereich, und sie beginnt keineswegs erst bei der ökonomisch motivierten Abweisung eines Schwerverletzten, wie der nachstehende Interviewauszug verdeutlicht.

„Ist hier in dieser Abteilung kein Thema. Ist woanders durchaus Thema, dass Krankenhäuser Abteilungen eröffnen oder verstärken, wo solche ‘gewinnbringende’ Behandlungen möglich sind und die Behandlungen, die negative Zahlen schreiben, eher klein gehalten werden, oder personell Leute abgezogen werden, um da das Anwachsen nicht möglich zu machen. Das ist durchaus etwas, das ich in anderen Krankenhäusern erlebt habe“ (Arzt 09: 681/690).

Ausgangspunkt ist im Grunde die Änderung des ärztlichen Blicks auf den Patienten, der unter der Budgetdeckelung zu einer Kostengröße wurde, die je nach Diagnose, Erkrankungsstadium, Nebendiagnose oder Allgemeinzustand durchaus zu einer für die einzelne Abteilung kaum wieder auszugleichenden Kostenbelastung werden kann. Es beginnt mit ‘normalen’ Fällen, wie im nachstehenden Beispiel der Thrombose, als eine der häufigeren Komplikation im Krankenhaus, und reicht bis zum selten vorkommenden schwersten Krankheitsbild, bei dem bereits ein Patient ausreichen kann, um das Abteilungs- oder – bei einem kleinen Krankenhaus – unter Umständen auch Krankenhausbudget ‘aus dem Rahmen zu werfen’.

„Zum Beispiel wenn jemand eine Thrombose hat und das aufgelöst wird, das Medikament ist unheimlich teuer, dass man sofort zur Hausleitung zitiert wurde, um zu erklären, warum das sein musste, oder warum in diesem Monat das Budget... wenn das monatlich gemacht wird, ist es natürlich sehr, wird das ziemlich gut übersehen, und dann fällt ein Patient ja schon häufig ins Gewicht. Wenn der Leiter der Abteilung oder die Oberärzte erklären mussten, warum wir diesen Monat so teuer waren, und dann war es häufig nur ein einziger Patient, der so ins Geld geschlagen hat“ (Arzt 03: 698/710).

„Der beste Patient ist natürlich der, der wenig Komplikationen hat, wenig Medikamente braucht und nach fünf Tagen nach Hause geht. Weil man dann dem... der andere, der tierisch teure Medikamente braucht und drei Wochen auf der Intensivstation liegt, der kostet natürlich die Abteilung viel Geld. Und bei solchen Patienten, wenn man jetzt 1000 operiert, dann darf man von den teuren nicht 500 haben, sonst rechnet sich das einfach nicht. Das ist einmal klar“ (Arzt 05: 496/506).

„Schauen Sie, ich kann Ihnen ein Beispiel aus der Unfallchirurgie sagen. Wir haben ein Problem gehabt in der Zahnklinik, da musste notfallmäßig im Dezember, mussten da zwei oder drei Zähne gezogen werden, und das war ein Bluter. Das hat das Budget – nur die Substitution dieses hämophilen Patienten – hat eineinhalb Millionen Mark gekostet; und hat natürlich das ganze Budget aus dem Rahmen geworfen. Ja?

I: Und in so einem Fall, gibt es dann zusätzliche Gelder von den Krankenkassen?

B: Nein. Absolut nicht. Nein, die Hämophilie-Sache ist ab 1.1.99 neu geregelt. Deswegen war das besonders ärgerlich, man hätte den ja wahrscheinlich geschoben auf Januar, aber es war ein Notfall. Der musste drankommen. Und das muss die (Name der Klinik, d. A.) intern ausgleichen“ (Chefarzt 09: 316/334).

Für eine Uniklinik mit einem Jahresbudget von mehreren Hundert Millionen DM stellen unvorhergesehene Mehrkosten für einen Patienten in Höhe von 1,5 Mio. DM sicherlich keine existenzielle Gefährdung dar. Für ein kleineres Krankenhaus können aus einer derartigen Mehrbelastung allerdings durchaus ernst zu nehmende wirtschaftliche Probleme resultieren. Um wirtschaftliche Risiken aus der Versorgung besonders behandlungsaufwändiger Patienten zu vermeiden, haben darum offenbar vor allem kleinere und mittlere Krankenhäuser ab 1993 schwere Fälle, insbesondere wenn es sich um Notfälle handelte, nicht aufgenommen, sondern verstärkt direkt an größere Kliniken weiterverlegt (vgl. hierzu u. a. Montgomery 1996: 54; Simon 1996).

3.2.5 Abweisung von Notfallpatienten

Besonders problematisch sind Abweisungs- und Weiterverweisungsstrategien in der Notfallversorgung, die in Presseberichten mitunter auch euphemistisch als „Rettungstourismus“ (Feierabend 1997) umschrieben wurden. Bereits Anfang Mai 1994 befassten sich die Rettungsmediziner auf ihrem Bundeskongress mit dieser Entwicklung und der Vorsitzende des Kuratoriums zur Förderung der Präklinischen Notfallmedizin wandte sich mit dem Hinweis an die Presse, die Rettungsdienste müssten „quasi mit den Patienten hausieren gehen“ (FR 28.5.94: 26). Eine typische Strategie, um teure Patienten vom Krankenhaus fernzuhalten, ist seit 1993, die Intensivstation als belegt und damit das Krankenhaus aus der Notfallversorgung abzumelden: „Man sagt, das Haus sei voll. So einfach ist das“ (Aussage eines leitenden Chirurgen einer großen Hamburger Klinik, zit. n. Blech 1998).³⁰

Eine weitere Strategie ist es, die Aufnahme von Notfallpatienten unter dem Vorwand abzulehnen, dass gerade kein Facharzt der erforderlichen Disziplin verfügbar sei. Hierzu ein Fallbeispiel aus einem Interview:

„Ist ein Patient – nur weil wir den Rettungsdienst haben – aus (Stadt, d. A.) zu uns transportiert worden. Das war also ein Patient mit einem Aorten-Aneurysma, also einer Undichtigkeit der Bauchschlagader. Der ist zu Hause unterm Küchentisch gefunden worden, direkt neben dem Krankenhaus, die eigentlich eine Gefäßchirurgie haben. Und da hat die Ärztin dort rüber gefunkt und hat den Patienten angekündigt. Da haben sie gesagt: Nee, wir haben im Moment keinen Gefäßchirurgen verfügbar.“

Jetzt wusste sie, wir haben eine gute Intensiv und auch einen Gefäßchirurgen. Dann hat sie den aus einem anderen Versorgungsbereich zu uns transportiert. So. Und dann ist der Patient therapiert worden, auf der chirurgischen Intensiv. Der ist operiert worden, da ist unheimlich viel Blut ‘reingesteckt worden, Blutersatzmittel, ruckzuck waren das siebentausend Mark, und dann ist er nach zwei Tagen verstorben. So. Und da hab ich gesagt: Das geht jetzt um das Thema Risikoselektion. Das ist nicht unser Versorgungsauftrag. Solche teuren Patienten gehören in den Versorgungsauftrag des anderen Krankenhauses.“

Und ich sage meinem Arzt auch (...): Bitte, denk dran, hol Dir nicht die teuren Patienten – zum Beispiel Ösophagus-Chirurgie, also Speiseröhrenchirurgie – nur weil Du meinst, Du machst das gut, und weil Du auch gut bist, hol’ bitte die Patienten nicht aus (Stadt, d. A.), die werden beatmet und wer weiß was alles, das ist nicht unser Versorgungsauftrag. Die lass’ bitte da. Obwohl er gut ist. Medizinische Konkurrenz, ist irgendwo fruchtbar, die haben wir bisher gehabt. Nur, ich sage ihm – im Prinzip ist es Risikoselektion: Die halt’ bitte da. Auf der anderen Seite: Alles, was aus dem Versorgungsbereich kommt, da haben wir den Versorgungsauftrag und die Versorgungspflicht, die können wir nicht ablehnen. Ne? Nur was von draußen kommt, da kann ich sagen: Geh’ woanders hin. Also Risikoselektion ist potentiell da, und legal betreibe ich sie auch. Ist es so ‘rübergekommen? Ja?“ (Geschäftsführer 03: 2044/2090).

Die externe Wahrnehmung findet ihre Entsprechung in der Innensicht von Krankenhäusern, die ihre Teilnahme an der Notfallversorgung in Abhängigkeit von der Budgetsituation steuern.

³⁰ Vgl. hierzu auch die Ergebnisse einer Studie der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Kuhlmann 1997).

„Und außerdem hat die Deckelung natürlich die Auswirkung, dass – was die Notaufnahme angeht – dass man sich sehr genau überlegt hat, ob man Patienten aufnimmt und welche, und dass man versucht hat, festzulegen mit wie vielen Patienten wir am Ende des Jahres gelandet sein müssen“ (Arzt 03: 503/508).

„Das wird auch in unserer Abteilungsbesprechung immer mal wieder thematisiert, wie die Belegung war. Man kann ja auch in der Notaufnahme steuern, nimmt man jemand auf oder verweist man noch mal an die niedergelassenen Ärzte, und sagt: O.k., wir schließen jetzt ganz schwerwiegende Erkrankung aus, der Rest kann doch noch mal ambulant geklärt werden. Da hat man jetzt so ein bisschen ein Regulativ in der Hand und kann sagen: O.k., es muss ein bisschen mehr aufgenommen werden, die Bettenlage erfordert es zur Zeit. Wenn dann eben ganz voll ist, dass dann ist man in der Zwangslage zu sagen: O.k., wir nehmen wirklich nur noch die Allerschwerstkranken auf und verweisen den Rest dann“ (Arzt 04: 495/510).

Auch diese Strategien stehen in einem engen Zusammenhang zu entsprechenden Regelungen der Krankenhausfinanzierung. Ein Krankenhaus, das die Aufnahme von Notfällen nicht kontrolliert und steuert, läuft Gefahr, in ernste wirtschaftliche Probleme zu geraten. Unter der Budgetierung und Mengengrenzung wird ein hoher Zulauf beispielsweise aufgrund eines guten Rufes oder eines starken Engagements in der Notfallversorgung wirtschaftlich bestraft. Die Kosten der Behandlung von Fällen, die über die mit den Kassen vereinbarten Mengen hinausgehen, auch wenn es sich um Notfälle handelt, werden nur zu einem kleinen Teil oder überhaupt nicht vergütet. Die als Sicherung gegen Mengenausweitung gedachte Regelung stellt offensichtlich ein Risiko für die bedarfsgerechte Versorgung dar.

„Aber wir haben auch ... unser Budget ist eigentlich nie wesentlich überzogen, wir sind immer im Rahmen geblieben. Insofern hat uns die Budgetdeckelung nicht gravierend getroffen. Ja? Wo es uns getroffen hat, das ist bei den Fallpauschalen. Nicht, bei den Fallpauschalen ist es einfach so, dass wir es nicht disponieren können, sondern wir... sehr viele Fallpauschalen betreffen Notfälle, die können wir nicht steuern“ (Chefarzt 09: 120/129).

„Dazu kommt, dass das (Name, d. A.)-Krankenhaus die Unfallchirurgie aufgegeben hat. Da haben wir ohne Budgeterhöhung auch dieses Krankengut übernommen. Und das macht uns natürlich Probleme“ (Chefarzt 09: 138/142).

Besonders problematisch ist die Versorgung kostenaufwändiger Patienten gegen Ende des Jahres, wenn die Planzahlen bislang recht gut eingehalten wurden und nach Versorgung des Notfalls kaum noch Zeit bleibt, die unvorhergesehenen Kostensteigerungen in anderen Bereichen auszugleichen.

„Ja, das ist also jetzt im November so gewesen, und da ist man dann ruck zuck mit allen Zahlen, die man dann ... wo man also sagt: Mann, vorher haben wir's eigentlich schon fast geschafft. Und das ist dann häufig“ (Controlling 03: 422/426).

Aber auch wenn man sich die Problemlage vieler Krankenhäuser in der Notfallversorgung vor Augen führt, die Abweisung von Notfallpatienten aus Kostengründen bleibt eine hochgradig zweifelhafte und kritikwürdige Kostenbegrenzungsstrategie. Für die betroffenen Patienten geht es nicht selten um Leben und Tod, Verzögerungen in der Erstversorgung beispielsweise von Schwerverletzten oder Infarktpatienten können dauerhafte und schwerwiegende gesundheitliche Schäden zur Folge haben, und Weiterverlegungen stellen für schwerverletzte Not-

fallpatienten eine extreme körperliche Belastung dar, die die Überlebensprognose deutlich verschlechtern kann.

Welche Dramatik sich hinter Fällen von Risikoselektion in der Notfallversorgung verbergen kann, veranschaulicht das nachfolgende Fallbeispiel.

„Also jetzt schildere ich Ihnen mal einen dramatischen Fall wirklich einer Risikoselektion, die auch zu unseren Lasten ging. Das war aber vor dem Fallpauschalenbereich. Aber immerhin schon in der Deckungsphase, als alles enger wurde. War 1993. In Stichworten: Patient wird notfallmäßig aufgenommen, blutet aus der Lunge. Wir wussten: ist kein Patient für uns. Wir suchen eine Spezialklinik für Lungengeschichten. In (...) haben wir eine Lungenabteilung, die sagen: Wir sind aber nicht lungenchirurgisch spezialisiert, sondern nur konservativ. So. Dann haben wir weitergesucht, mitten in der Nacht alles, mitten in der Nacht, die Ärztin im Notdienst, wo gehen wir hin. Ich nenn' mal jetzt nicht die Klinik, ist aber jedenfalls hier im (Region, d. A.). So, da wird der Patient dann dahingefahren, und da sagt der Arzt schon: Wir können den aber nur ambulant versorgen. Obwohl es eine autorisierte Lungenfachklinik ist. Da wird dann ein Lungenflügel... wird endoskopiert und ein Lungenflügel wird stillgelegt, und jedenfalls kommt der Anästhesist und der Internist, mitten in der Nacht, und dann sagen sie unserem Arzt: So, stationär kann er nicht bleiben. Und der arme Kerl, der nimmt den Patienten mit und bringt den wieder hierhin. Und dann wussten wir nicht, was wir weiter mit machen. Der sollte wohl am nächsten Tag in eine andere Klinik, wo eine Okklusionsbehandlung durchgeführt wurde. Wir hatten den also immer noch am Bein, sag ich mal. Ne? Dann wurde im anderen Krankenhaus diese Okklusionsbehandlung gemacht, und dann schließlich ist es uns gelungen, mit Riesenaufwand den Patienten in (Stadt, d. A.) unterzubringen. Und da ist er dann am zweiten Tag danach gestorben. Wir haben einen Pflegesatz erzielt von 300-sowieso. Der war nur einen Tag hier, 300 Mark, und hatten veranlasste Kosten von 7000 Mark. So. Da will ich jetzt dazu sagen: Risikoselektion. Diese Klinik, die hat den Patienten nicht aufgenommen, stationär, weil sie dann diesen Patienten im Rahmen der Budgetierung hätte versorgen müssen. Den haben sie ambulant behandelt. Und ambulant konnten sie jetzt kassieren.

I: Außerhalb der Deckelung?

B: Außerhalb der Deckelung. Es kamen Rechnungen von den Chefärzten. Nicht von dem Krankenhaus!

I: War's ein Privatpatient?

B: Eben nicht. Weil die gesagt haben: Die Ambulanz ist Nebentätigkeit.

I: Ach so.

B: Ne, obwohl es nicht war. Dann hab' ich mich verklagen lassen, hier vorm Amtsgericht. Das war hinterher eine rein rechtliche Frage. Die haben ihr Geld nicht gekriegt und haben dann auch noch verloren. Der eine hat verzichtet. Ich hab' das Ministerium angeschrieben, dass die den Versorgungsauftrag nicht gewahrt haben. Ich hab den Regierungspräsidenten angeschrieben, die sollten doch mal prüfen. Was ist daraus geworden? Null. Keiner hat es verfolgt. Im Prinzip ist das ein ganz großer Skandal gewesen. Und das ist Risikoselektion, durch Budgetierung, durch alles, ganz eindeutig. Ich konnte jetzt nur nicht die Klinik benennen“ (Geschäftsführer 03: 2099/2149).

Das vorstehende Beispiel spricht über das tragische Einzelschicksal hinaus weitere Dimensionen der hier zu diskutierenden Problematik an. So weist das System der Überwachung und staatlichen Kontrolle der Qualität der stationären Krankenversorgung – sofern überhaupt von einem solchen System die Rede sein kann – offensichtlich erhebliche Lücken auf. Die zuständigen Länderbehörden beschränken sich in der Regel auf die Krankenhausplanung und Pflegesatzgenehmigung, die kommunalen Gesundheitsbehörden sind personell und sachlich zu

einer wirkungsvollen Aufsicht nicht in der Lage und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung erhält von den Krankenkassen fast ausschließlich nur Aufträge zur Rechnungsprüfung und argumentativen Stützung von Budgetkürzungen.

3.3 Änderung von Versorgungsstandards

Im folgenden wird darauf eingegangen, in welchen Bereichen es offenbar problematische Veränderungen während der Krankenhausbehandlung gegeben hat. Ohne Zweifel wurde in vielen Krankenhäusern der gestiegene wirtschaftliche Druck zum Anlass genommen, unnötige Verweildauertage abzubauen, praeoperative Diagnostik in den vorstationären Bereich zu verlagern, Versorgungsprozesse zu verbessern, Leistungen auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen und unnötige Leistungen zu reduzieren, teure Materialien gegen qualitativ gleichwertige preiswertere auszutauschen oder Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten. Die geänderten Finanzierungsregelungen haben aber offensichtlich auch zu Einbußen bei der Versorgungsqualität während des Krankenhausaufenthaltes geführt.

Auch den folgenden Abschnitten ist wieder voranzustellen, dass sich die Darstellung auf die problematischen Entwicklungen konzentriert bzw. beschränkt und nicht den Eindruck erwecken soll, die beschriebenen Beispiele stünden repräsentativ für die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser. Aber auch wenn die aufgezeigten Entwicklungen nicht flächendeckend und in allen Krankenhäusern und Abteilungen zu verzeichnen sind, so handelt es sich doch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht um Randerscheinungen, die lediglich „anekdotische Evidenz“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 149) besitzen. Es dürfte eher das Bild von der Spitze eines Eisbergs angebracht sein.

3.3.1 Verweildauerreduzierung und die soziale Dimension der Krankenhausbehandlung

Eine der am leichtesten messbaren Veränderungen im Gefolge der geänderten Krankenhausfinanzierung ist sicherlich die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer. Im Zeitraum von 1992 bis 1998 wurde die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern von 13,9 auf 10,7 Tage und somit um ca. 23 % verkürzt. Sicherlich auch bedingt durch die Anpassungsprozesse in Ostdeutschland fiel der Rückgang dort mit ca. -25,5 % etwas stärker aus als in Westdeutschland. Vergleicht man die Entwicklung in Westdeutschland mit der zweiten Hälfte der 80er Jahre, so zeigt sich eine deutliche Forcierung des Verweildauerrückgangs. In den sechs Jahren zwischen 1983 und 1989 nahm die Verweildauer in Westdeutschland lediglich um ca. 13 % ab, in den sechs Jahren zwischen 1992 und 1998 dagegen um 22,3 %. Die deutlichsten jährlichen Veränderungen erfolgten in westdeutschen Krankenhäusern von 1992 auf 1993 (-0,7 Tage) und 1996 auf 1997 (-0,7 Tage), also im Jahr des Inkrafttretens des Gesundheitsstrukturgesetzes und kurz nach der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Da die Verweildauerreduzierung mit einem kontinuierlichen Fallzahlenanstieg einherging und ab Mitte der 90er Jahre von einem relativen Personalabbau begleitet wurde, hat sich die durchschnittliche Arbeitsintensität und -belastung in Krankenhäusern deutlich erhöht. Diese Entwicklungen haben einen Trend in der stationären Krankenversorgung verstärkt, der in westdeutschen Krankenhäusern bereits in den 80er Jahren eingesetzt hatte und als »Industrialisierung« der stationären Krankenversorgung bezeichnet werden kann. Patienten werden zunehmend analog dem industriellen Massenproduktionsprozess innerhalb möglichst kurzer Zeit 'durchgeschleust' und – nach produktionsrelevanten Eigenschaften aufgeteilt und zusammengefasst. Seinen konzeptionellen Höhepunkt erreichte dieser Trend Ende der 90er Jahre in einem in mehreren Krankenhäusern diskutierten und teilweise auch bereits in Erprobung befindlichen Konzept der Reorganisation von Abteilungsstrukturen nach Pflegebedürftigkeitsstufen. Nach diesem Konzept werden Patienten nicht mehr von der Aufnahme bis zur Entlassung auf einer Station versorgt, sondern je nach aktuellem Zustand von einem 'Produktionsteam' zum nächsten weitergereicht: von der Normalstation in den OP, von dort zur Intensivbehandlung auf die Intensivstation, von dort zur Intensivüberwachung auf die Intermediate-Care Station, nach ausreichender Stabilisierung auf eine Normalstation und zum Schluss kurz vor der Entlassung auf eine Low-Care Station.

Krankenhausbehandlung wird so immer mehr zu einer rein technischen Angelegenheit der Reparatur körperlicher Funktionen, die sich mit Blick auf Kostenreduzierungspotenziale dem Modell einer modifizierten Fließbandproduktion annähert. Die sozialen Dimensionen von Krankheit und Krankenversorgung werden zunehmend an den Rand gedrängt, nicht zuletzt auch, weil für sie in einem durchrationalisierten Arbeitsalltag voller optimierter Prozesse kaum noch Zeit bleibt.

„...dass diese ärztliche Funktion immer kürzer kommt, wenn ich keine Zeit habe, das mit dem Patienten zu entwickeln, der Patient... die Aufenthaltsdauer mir diese Zeit auch nicht zubilligt, ja dann tu ich's eben nicht. Das ist nur im begrenzten Umfang noch möglich. Ich werde dem Patienten dann noch eine Behandlungsstrategie anbieten, sie in die Wege leiten, erklären, ihn dann auf die Straße schicken und wenn er 'ne Frage hat, sag' ich: Ja, Sie können ja noch mal anrufen. Aber da muss er schon viel Glück haben, mich noch zu kriegen, weil dann bin ich schon mit sieben anderen beschäftigt“ (Arzt 09: 1541/1554).

Ein Mangel an sozialer Unterstützung während eines Krankenhausaufenthaltes trifft sicherlich nicht alle Patienten gleich. Wer einen kleineren Eingriff in möglichst kurzer Zeit erledigt sehen will, um möglichst wenig Zeit für die berufliche Tätigkeit zu verlieren, wird diese Entwicklung vermutlich eher begrüßen. Anders dürfte sich die Situation insbesondere für ältere Menschen darstellen, die zur Bewältigung einer unter Umständen lebensbedrohlichen Krisensituation dringend sozialer Unterstützung bedürfen.

Die angesprochene Entwicklung ist aber nicht nur für Patienten, die der sozialen Unterstützung bedürfen, unbefriedigend, sondern auch für Ärzte und Pflegekräfte, die es als belastend empfinden, wenn ihnen die soziale Dimension ihres Berufes zu kurz oder gar abhanden kommt. Eine soziale Beziehung zum Individuum Patient aufzubauen bedarf einer gewissen Zeit, und das heißt im Krankenhaus einer gewissen Mindestverweildauer.

„Früher hatten wir mehr Zeit für die Patienten, mehr Zeit, um die Patienten kennenzulernen. Durch die Verkürzung der Verweildauer fehlt das Vorverhältnis. Wenn der Patient morgens kommt und am selben Tag operiert wird, können wir ihn gar nicht mehr richtig kennenlernen. Die Patienten sind teilweise auch richtig entsetzt, wenn ihnen am 2. postoperativen Tag gesagt wird: Morgen können Sie heim. Das gilt auch für die Angehörigen. Die Patienten haben sich meist auf einen längeren Aufenthalt eingerichtet und kommen mit einer großen Reisetasche mit Wäsche, Strickzeug, Büchern für mindestens eine Woche“ (Pflegekraft 01: 43/56).

Die Industrialisierung des Krankenhauses verändert insofern auch Berufsbilder und Tätigkeitsprofile. Zum einen verschieben sich Tätigkeitsinhalte in Richtung auf mehr administrative Tätigkeiten im ärztlichen Dienst und im Pflegebereich, zum anderen sind – quasi komplementär – Einbußen im inhaltlich-fachlichen Profil aber auch bei der Verwirklichung patientenorientierter Versorgungskonzepte zu verzeichnen, beispielsweise der aktivierenden Pflege.

„B: Genau. Dass man... oder die Patienten, wo man nicht so viel zu tun hat, da hat sich einfach der Durchlauf erhöht, die werden aufgenommen, die werden operiert, gehen dann am dritten, vierten, fünften Tag nach Hause, also zu dem Zeitpunkt, wo sie dann auch keine Arbeit oder gar keine Arbeit mehr machen, sind sie dann auch weg.

Dann werden neue Patienten aufgenommen. Die machen natürlich am Vorbereitungstag erst mal... gut, diesen ganzen Papierkram, der dann am Aufnahmetag gemacht werden muss, dann die OP-Vorbereitung. Am Operationstag selber sind sie ja noch relativ aufwändig oder müssen überwacht werden, am ersten Tag geht es dann einfach so, die sind aber eben ganz schnell weg, wenn es denen besser geht.

So, das ist der eine Zeitfaktor, und das andere ist dann schon, dass die Patienten, die eben so mehrfach erkrankt und sehr pflegeintensiv sind, dass die dann auch sehr zeitaufwändig sind. Und ich denke die... das ist es dann häufig wirklich sehr, sehr eng, die dann auch zu versorgen oder nach Möglichkeit auch ein Stück...

Also die Zielsetzung in der Krankenpflege ist ja auch, die Patienten doch zu aktivieren so gut es geht, nur das ist erst mal – um den Patienten zu aktivieren und ihn in so einen Gesundheitsprozess mit einzubeziehen – ist erst mal viel aufwändiger als wenn man dem Patienten das abnimmt und: Wenn man jemandem nur beim Waschen hilft oder eine Hilfestellung gibt, dann braucht das häufig sehr viel länger als wenn ich den eben wasche. Das ist sicherlich das Doppelte an Zeit. Und ich denke, das ist ganz schwierig, weil diese Zeit, glaube ich, auch auf den Normalstationen wirklich nicht vorhanden ist“ (Pflegekraft 07: 1102/1138).

3.3.2 *Indikationsstellung und ökonomische Kalküle*

Wurde ein Patient in ein Krankenhaus aufgenommen, haben die behandelnden Ärzte zu entscheiden, welche Untersuchungen erforderlich sind und welche Behandlung durchgeführt werden soll; sie haben die sogenannten »Indikationsstellung« vorzunehmen. Die Indikationsstellung für eine Behandlung kann sicherlich neben der Entscheidung über die Aufnahme und Entlassung bzw. Verlegung zu den wichtigsten ärztlichen Entscheidungen im Krankenhaus gezählt werden und hat eine hohe wirtschaftliche Bedeutung für die Klinik.

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geführten Interviews ergaben Hinweise darauf, dass auch dieser Bereich ärztlicher Entscheidungen im Gefolge der Budgetdeckelung, vor allem aber seit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, zumindest in relevanten Teilbereichen von wirtschaftlichen Kalkülen beeinflusst wird.

Unter dem Einfluss von Kosten-Erlös-Erwägungen werden in Teilbereichen offenbar sowohl medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht als auch Leistungen unterlassen, die aus Sicht des jeweils behandelnden Arztes notwendig oder zumindest sinnvoll wären. Beides – Mehrleistungen wie auch Minderleistungen – kann durchaus in ein und derselben Abteilung und auch zeitgleich geschehen, da das letztlich maßgebende gemeinsame Entscheidungskriterium kein medizinisches, sondern ein wirtschaftliches ist. So kann es durchaus sehr gut vereinbar sein, an einem Patienten mehr Leistungen als medizinisch notwendig zu erbringen und zugleich einem anderen Patienten notwendige Leistungen vorzuenthalten, sofern im ersten Fall dadurch ein höheres Entgelt zu erzielen ist und im zweiten Fall ein Verlustrisiko vermieden wird.

Hinweise auf das Risiko einer Beeinflussung ärztlicher Indikationsstellungen durch ökonomische Kalküle als Folge des neuen Entgeltsystems finden sich auch in der medizinischen Fachliteratur (vgl. u. a. die Beiträge in Goergen et al. 1997). Zur Veranschaulichung des Spektrums der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sollen die folgenden Beispiele aus der Literatur dienen.

Da im deutschen Fallpauschalensystem Nebenerkrankungen nicht berücksichtigt werden, müsse in der Urologie

„damit gerechnet werden, dass alle Patienten mit einem Prostataadenom aus den bereits oben dargelegten Gründen sehr kritisch in der prästationären Phase auf mögliche Risikofaktoren hin untersucht werden. Sollten sich dabei zusätzliche Erkrankungen zeigen, die das operative Risiko erhöhen, so könnte es sein, dass ein solcher Eingriff aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten abgelehnt wird. Hierdurch wird möglicherweise die Anzahl an Operationen der Prostata pro Jahr bundesweit abnehmen (...) Auf der anderen Seite lässt sich mit einem ‘gesunden’ Mann und kleiner Prostata sehr leicht die ‘schnelle Mark’ machen. Erfahrungen in den USA zeigen sehr niedrige Resektionsgewichte. Durch die bei uns eingeleitete Entwicklung könnten solche Verhältnisse auch hier bald entstehen“ (...) Durch die neuen Entgeltformen werden zunehmend betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte mitentscheiden, ob bei dem jeweiligen Patienten überhaupt ein operativer Eingriff erfolgen soll, und wenn ja, in welcher Form (...) Es muss damit gerechnet werden, dass eine Reihe von Patienten auf Dauer zu Katheträgern werden (...) Künftig könnte einer Gruppe von Patienten primär die Möglichkeit einer operativen Maßnahme verschlossen bleiben“ (Buszello/ Müller 1997: 117).

In welche problematischen Bereiche der Versuch einer Steuerung ärztlichen Handelns über ökonomische Anreize eindringt, zeigt sich auch an den folgenden in der Fachliteratur diskutierten Beispielen aus der Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. Krick/Balzer 1997: 128ff.). Die brusterhaltende Operation eines Mammakarzinoms erfordert gelegentlich eine Nachresektion, wenn nicht sicher in gesundem Gewebe entfernt wurde. Ein solcher Zweiteingriff ließ sich jedoch nicht über eine weitere Fallpauschale abrechnen. Da eine Brustdrüsenradikaloperation deutlich höher als eine erhaltende Operation vergütet wird, setze – so die Kritik – das neue Entgeltsystem aus ärztlicher Sicht einen starken ökonomischen Anreiz gegen brusterhaltende

Therapieformen und greife damit massiv in die Entwicklung medizinischer Standards und Methoden ein.

Ähnliche Anreize seien auch im Bereich der Geburtshilfe zu verzeichnen, da beispielsweise eine normale Entbindung bei Risikoschwangerschaft oder Mehrlingsentbindung im Vergleich zur Sectio (Kaiserschnitt) aus Sicht von Gynäkologen nur unzureichend vergütet wird (ebd.) oder aufwändige aber für die Frau schonende Verfahren nicht kostendeckend zu erbringen sind. Dazu ein Beispiel aus einem Interview.

„Man sagt, das machen wir nicht, oder wir, wir, wir führen einfach eine einfachere Behandlung durch, weil es in der Fallpauschale nicht vorgesehen ist. Da gibt's irgendwo im gynäkologischen Bereich einen Eingriff, Mensch, wie war das jetzt, achja, so eine Eileiterschwangerschaft. Die billigste Methode ist einfach, das zu entfernen. Aber das führt dann auch zur Sterilität. Dann ist auch keine weitere Schwangerschaft mehr möglich, dann operiert man einfach den Eileiter, dann ist das gelaufen. Das ist eigentlich der billigste Eingriff und medizinisch unbedenklich. Aufwändig, aber für die Patientin wesentlich angenehmer ist, wenn man dann sich die Mühe gibt, den Eileiter aufzumachen, das rauszunehmen, und den Eileiter mühselig wieder zuzumachen. Und jetzt hat man eine Fallpauschale. Was ist jetzt das Kriterium? Ich kann Ihnen sagen: Der Großteil, nehmen wir mal an 80 Prozent der Leute, wird sagen: Tut uns leid, flupps. Ja? Und 20 Prozent wird sagen: Das ist mit meiner Berufsethik nicht im Einklang, und wählen dann die aufwändige Methode. Aber die schädigen eigentlich... wirtschaftlich gesehen tun die sich keinen Gefallen. Und das sind die Fehlsteuerungskomponenten, wenn man Fallpauschalen hat“ (Berater 01: 1349-1372).

Die vorstehenden Beispiele zeigen auf bedrückende Weise, welche weitreichenden und im Grunde nicht überschaubaren Handlungsanreize von einem Fallpauschalensystem ausgehen. Natürlich trägt letztlich der behandelnde Arzt die Verantwortung für seine Therapieentscheidungen. Es ist aber durchaus die Frage aufzuwerfen, ob nicht auch die Konstrukteure eines Fallpauschalensystems Verantwortung für derartige Entwicklungen tragen, zumal, wenn die politische Intention ausdrücklich darauf zielt, mit der Einführung eines Preissystems Steuerungsanreize für ärztliches Handeln zu setzen (Luithlen/Tuschen 1989).

3.3.2.1 Ausweitung von Indikationen

Um zu überprüfen, ob es im Gefolge der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten tatsächlich zu den oben angesprochenen Veränderungen in operativen Fächern gekommen ist, bietet sich eine Analyse ausgewählter Daten der Diagnosestatistik für Krankenhauspatienten an. Die Krankenhausstatistik des Bundes weist für die Jahre ab 1993 die Diagnosen der Krankenhauspatienten aus und vermeldet ebenfalls für jede einzelne Diagnose die Zahl der operierten Patienten. Für die nachfolgenden Analysen wurden neun Diagnosen ausgewählt, die im Rahmen des neuen Entgeltsystems in den ersten Jahren von besonderer Bedeutung waren. Entweder sind es Basisdiagnosen für Fallpauschalen, die laut Begleitforschung für viele Krankenhäuser von überdurchschnittlicher Erlösrelevanz waren (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 174f.), oder es handelt sich Standardeingriffe in Fachabteilungen mit hohem Fallpauschalenanteil.

ICD/9 Nr. 366 (Katarakt/grauer Star): Die Augenheilkunde war laut Begleitforschung (ebd.: 73) die Fachabteilung mit dem höchsten Anteil an Fallpauschalenpatienten in den Jahren 1996 und 1997 und die ICD/9 Nr. 366 Basisdiagnose für die beiden einzigen Fallpauschalen (FP 3.01, 3.02).

ICD/9 Nr. 414 (Koronare Herzkrankheit, insbes. Koronararteriosklerose): Die Thorax- und Kardiovaskularchirurgie zählte 1996 und 1997 zu den Fachabteilungen mit überdurchschnittlichem Anteil an Fallpauschalenpatienten (ebd.: 174) und die ICD/9 Nr. 414 war Basisdiagnose für die Fallpauschalen FP 9.01-9.07.

ICD/9 Nr. 474 (chron. Tonsillitis/Mandelenzündung): Die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde wies für 1996 und 1997 ebenfalls einen überdurchschnittlichen Fallpauschalenanteil auf. Die ausgewählte Diagnose und deren operative Behandlung zählt zu den Standardeingriffen und wurde ab 1996 mit einer Fallpauschale vergütet.

ICD/9 Nr. 550 (Leistenbruch): Die operative Versorgung von Hernien zählte 1997 zu den umsatzstärksten Fallpauschalen (ebd.).

ICD/9 Nr. 618 (Gebärmutter- u. Scheidensenkung): Die operative Entfernung der Gebärmutter zählte 1997 zu den umsatzstärksten Fallpauschalen (ebd.) und die ICD/9 Nr. 618 war eine der Basisdiagnosen für diese Fallpauschale.

ICD/9 Nr. 644 (vorzeitige oder drohende Wehen), 645 (verlängerte Schwangerschaft): Zu den umsatzstärksten Fallpauschalen zählte 1997 auch eine der beiden für eine Sectio (Kaiserschnitt) gezahlten Fallpauschalen. Die beiden Diagnosen gehörten zu den Basisdiagnosen der beiden Fallpauschalen.

ICD/9 Nr. 714 (primär chron. Poliarthrit), 715 (Osteoarthrose): Die operative Versorgung degenerativer Erkrankungen der Hüftgelenke zählte ebenfalls zu den umsatzstärksten Fallpauschalen des Jahres 1997.

Der nachfolgenden Analyse und Interpretation sind allerdings einige Bemerkungen voranzustellen, da die Daten der Krankenhausstatistik nur unter bestimmten Vorbehalten zu bewerten sind. Zum einen bietet die Krankenhausstatistik keine Angaben über die jeweilige Art des Eingriffs. Die hierfür notwendige bundesweite Erfassung und Auswertung einer Prozedurenverschlüsselung nach ICPM³¹ erfolgte für die in Fragen kommenden Jahre leider noch nicht. Die entsprechenden Daten wurden zwar von den Krankenhäusern an die Krankenkassen gemäß der Verpflichtung nach § 301 SGB V weitergeleitet, wenn auch offenbar noch nicht in allen Fällen in maschinenlesbarer Form, eine kassenartenübergreifende Zusammenführung und bundesweite Auswertung dieser Daten war bislang aber nicht möglich (BMG 2000: 45).

Vor allem aber scheint die Krankenhausstatistik des Bundes unter Mängeln bei der Erhebung der Primärdaten in den Krankenhäusern insbesondere bei der Angabe 'Operation Ja/Nein' zu leiden. Im Rahmen einer Untersuchung über regionale Unterschiede von Operationshäufigkeiten in Deutschland für ausgewählte Eingriffe in den Jahren 1995 und 1996 ergaben sich teilweise deutliche Differenzen zwischen den Angaben der Krankenhausstatistik des Bundes und anderen Datenquellen, die von den Autoren der Studie als verlässlicher eingestuft wurden (BMG 2000: 150f.). Im Vergleich mit anderen Datenquellen wies die Krankenhausstatistik in

³¹ Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin.

den beiden Untersuchungsjahren anscheinend eine Untererfassung von Operationen aus, zudem sei die Kodierqualität in den Krankenhäusern nicht durch Überprüfungen gesichert.

Wenn – wovon nach den Ergebnissen unserer Interviews insbesondere im ärztlichen Dienst wohl ausgegangen werden kann – nach Einführung des neuen Entgeltsystems nicht nur mehr Aufmerksamkeit auf die Verschlüsselungen verwendet, sondern teilweise die Diagnosen zu Zwecken der Erlösoptimierung auch geändert wurden, dann ist die Validität der Diagnosedaten der Krankenhausstatistik weiteren zusätzlichen Zweifeln ausgesetzt. Es bleibt also festzuhalten, dass die Angaben der Krankenhausstatistik zu diagnosebezogenen Operationshäufigkeiten nur unter gewissen Vorbehalten zu interpretieren sind.

Tab. 3:

Fallzahlentwicklung und Operationshäufigkeit bei ausgewählten Diagnosen
nach ICD/9

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Patienten insgesamt						
ICD 366 Katarakt	238.238	261.822	269.635	276.348	277.566	268.844
ICD 414 Sonstige Formen von chron. ischämischen Herzkrankheiten	366.820	440.734	515.621	537.845	560.436	585.228
ICD 550 Leistenbruch	186.537	188.438	185.155	190.442	190.929	190.911
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane	45.708	46.847	46.293	46.739	45.408	46.775
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen	66.502	69.043	69.392	90.680	95.912	97.368
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft	5.312	6.012	8.133	10.876	11.479	10.744
ICD 714 Primär-chron. Polyarthrit u. sonst. entzündl. Polyarthropathien	41.275	40.823	40.192	39.080	41.943	42.713
ICD 715 Osteoarthritis und entsprechende Affektionen	200.078	210.734	224.106	234.020	251.478	265.918
davon mit Operation						
ICD 366 Katarakt	208.127	229.099	200.140	199.345	238.287	230.126
ICD 414 Sonstige Formen von chron. ischämischen Herzkrankheiten	37.770	46.185	75.630	130.629	197.077	217.933
ICD 550 Leistenbruch	153.711	157.894	134.132	133.611	158.602	162.487
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane	35.804	36.808	32.059	31.735	36.131	38.278
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen	7.430	6.936	6.430	19.487	26.836	28.964
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft	1.282	1.532	2.357	3.960	6.056	6.326
ICD 714 Primär-chron. Polyarthrit u. sonst. entzündl. Polyarthropathien	8.757	7.983	6.705	6.670	7.530	7.473
ICD 715 Osteoarthritis und entsprechende Affektionen	131.632	145.240	135.822	145.086	184.984	201.503
Veränderungsraten in %						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Patienten insgesamt						
ICD 366 Katarakt		9,9	3,0	2,5	0,4	-3,1
ICD 414 Sonstige Formen von chron. ischämischen Herzkrankheiten		20,1	17,0	4,3	4,2	4,4
ICD 550 Leistenbruch		1,0	-1,7	2,9	0,3	0,0
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane		2,5	-1,2	1,0	-2,8	3,0
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen		3,8	0,5	30,7	5,8	1,5
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft		13,2	35,3	33,7	5,5	-6,4
ICD 714 Primär-chron. Polyarthrit u. sonst. entzündl. Polyarthropathien		-1,1	-1,5	-2,8	7,3	1,8
ICD 715 Osteoarthritis und entsprechende Affektionen		5,3	6,3	4,4	7,5	5,7
davon mit Operation						
ICD 366 Katarakt		10,1	-12,6	-0,4	19,5	-3,4
ICD 414 Sonstige Formen von chron. ischämischen Herzkrankheiten		22,3	63,8	72,7	50,9	10,6
ICD 550 Leistenbruch		2,7	-15,0	-0,4	18,7	2,4
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane		2,8	-12,9	-1,0	13,9	5,9
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen		-6,6	-7,3	203,1	37,7	7,9
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft		19,5	53,9	68,0	52,9	4,5
ICD 714 Primär-chron. Polyarthrit u. sonst. entzündl. Polyarthropathien		-8,8	-16,0	-0,5	12,9	-0,8
ICD 715 Osteoarthritis und entsprechende Affektionen		10,3	-6,5	6,8	27,5	8,9

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Dennoch aber weisen die in Tabelle 3 aufgelisteten Daten der Diagnosestatistik einige Veränderungen auf, die wegen ihrer Auffälligkeit bemerkenswert sind und im Zusammenhang mit den Ergebnissen unserer Interviews weiteren Forschungsbedarf anzeigen, insbesondere zur

Klärung der zum Teil erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosen und Fachgebieten. Bei einigen Diagnosen hat sich laut Statistik die Operationshäufigkeit nicht oder kaum verändert, bei anderen weist die Krankenhausstatistik z. T. massive jährliche Steigerungsraten in zeitlichem Zusammenhang zur Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten aus, die von ca. 50 % bis zu 203 % reichen.

Auch wenn man davon ausgeht – und die Ergebnisse unserer Interviews legen diese Annahme nahe – dass die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten das Kodierverhalten der Ärzte in den betroffenen Fachabteilungen verändert hat, so scheint es doch sehr unwahrscheinlich, dass damit die doch erheblichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosen erklärt werden können. Immerhin war die Erfassung eines operativen Eingriffs bei allen hier ausgewählten Diagnosen vergütungsrelevant. Eine gründlichere Erfassung des Merkmals »Operation: Ja/Nein« wäre von daher in allen Fachgebieten zu erwarten, deren Leistungen zu einem nennenswerten Teil über Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden. Und dazu zählen nicht nur die auffälligen Fachgebiete wie Herzchirurgie und Kardiologie sowie Geburtshilfe, sondern beispielsweise auch die Augenheilkunde (ICD/9 Nr. 366) und Unfallchirurgie/Orthopädie (Bsp. ICD/9 Nr. 714, 715).

Die Frage, in welchem Umfang die Steigerungsraten nicht ein geändertes Kodierverhalten, sondern tatsächlich eine deutlich höhere Operationshäufigkeit bei bestimmten Diagnosen abbilden, stellt sich bei den in Tabelle 3 aufgelisteten Diagnosen insbesondere für die operative Beendigung von Schwangerschaften bei vorzeitigen oder drohenden Wehen sowie verlängerter Schwangerschaft und für die operativen Eingriffe bei koronaren Herzerkrankungen. Sollte es bei den betreffenden Diagnosen tatsächlich innerhalb von 1-2 Jahren zu einer teilweise massiven Zunahme der Operationshäufigkeit gekommen sein, erscheint es ausgesprochen fragwürdig, dass dies vor allem medizinische Gründe hatte. Vor dem Hintergrund der von uns geführten Interviews mit Krankenhausärzten drängt sich dann allerdings die Vermutung auf, dass es in einigen Bereichen in ernst zu nehmendem Umfang eine primär ökonomisch motivierte Ausweitung von Indikationsstellungen für operative Eingriffe gegeben hat.

Für die Geburtshilfe ergibt sich die Vermutung insbesondere daraus, dass die in der Krankenhausstatistik ausgewiesene Zahl der operativen Beendigungen von Geburten im Falle vorzeitiger oder drohender Wehen (ICD/9 Nr. 644) in den Jahren 1993 bis 1995 rückläufig war und sich nach Einführung von Fallpauschalen in der Geburtshilfe innerhalb eines Jahres von 6.430 auf 19.487 verdreifachte. Der Steigerung um 203 % im Jahr 1996 folgte im Jahr darauf eine weitere Zunahme um ca. 38 %, so dass 1997 laut Statistik mit ca. 27.000 Fällen ungefähr viermal mehr Geburten operativ beendet wurden wie noch zwei Jahre zuvor. Betrug der Anteil der operativ beendeten Geburten in dieser Diagnosegruppe 1993 noch 11,2 %, so stieg er laut Statistik bis 1998 auf fast 30 % an (Tab. 4). Eine ähnliche Entwicklung zeigt die Statistik für die Diagnose „Verlängerte Schwangerschaft“ (ICD/9 Nr. 645). Dass diese Veränderungen vor allem das Ergebnis geänderten Kodierverhaltens in der Geburtshilfe sind, erscheint auch deshalb wenig plausibel, weil für die im selben Fachgebiet angesiedelte ICD/9-Nr. 618 keine vergleichbaren Zuwächse der Operationshäufigkeit ausgewiesen werden.

Tab. 4:

Operationshäufigkeit für ausgewählte Diagnosen

Anteil der operierten Patienten in % aller Krankenhauspatienten je Diagnose

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
ICD 366 Katarakt	87,4	87,5	74,2	72,1	85,8	85,6
ICD 414 Sonstige Formen von chron. ischämischen Herzkrankheiten	10,3	10,5	14,7	24,3	35,2	37,2
ICD 550 Leistenbruch	82,4	83,8	72,4	70,2	83,1	85,1
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane	78,3	78,6	69,3	67,9	79,6	81,8
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen	11,2	10,0	9,3	21,5	28,0	29,7
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft	24,1	25,5	29,0	36,4	52,8	58,9
ICD 714 Primär-chron. Polyarthritits u. sonst. entzündl. Polyarthropathien	21,2	19,6	16,7	17,1	18,0	17,5
ICD 715 Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	65,8	68,9	60,6	62,0	73,6	75,8

Quelle: Statistisches Bundesamt.

In der Herzchirurgie und Kardiologie verzeichnet die Krankenhausstatistik für die operative Therapie koronarer Herzerkrankungen (ICD/9 414) bereits im Jahr 1995 einen Zuwachs von ca. 64 % aus. Dies könnte damit im Zusammenhang stehen, dass insbesondere private Spezialkliniken und einige Universitätskrankenhäuser von der Möglichkeit eines vorzeitigen Umstiegs auf das neue Entgeltsystem bereits zum 1.1.1995 Gebrauch machten (DKI/Infratest 1997: 59). Als Anreiz für einen vorzeitigen Umstieg wurde den sogenannten »Umsteigerkrankenhäusern« erlaubt, Mehreinnahmen aufgrund von Fallzahlsteigerungen bis zu einer Grenze von 15 % zu behalten. Dementsprechend verzeichneten die Umsteiger-Krankenhäuser in 1995 offenbar vor allem durch Fallsteigerungen im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich „deutliche Erlöszuwächse“ (ebd.: 78).

Da sich die Entwicklung im Bereich der operativen Therapie koronarer Herzerkrankungen nach einem Sprung um 73 % im Jahr 1996 mit einer Zunahme um 51 % im Jahr 1997 fortsetzte, stieg die in der Statistik ausgewiesene Zahl der operativen Eingriffe in dieser Diagnosegruppe (ICD/9 414) innerhalb von nur vier Jahren um ca. 370 % von ca. 46.000 auf ca. 218.000. Sie erreichte damit fast das Fünffache des Wertes von 1994.

Dass die angesprochenen Veränderungen allein oder fast ausschließlich mit einem veränderten Kodierverhalten zu erklären sind, erscheint auch hier sehr unwahrscheinlich. Auch die in den 90er Jahren zu verzeichnende Kapazitätsausweitung in diesen Fachgebieten kann die in der Statistik aufgeführten Steigerungsraten nicht erklären. Die Zahl der aufgestellten Betten in der Thorax- und Kardiovaskularchirurgie stieg bundesweit zwischen 1994 und 1998 lediglich um ca. 34 % und die der Betten in der Kardiologie um ca. 20 %.

Es drängt sich vielmehr die Vermutung auf, dass es in einigen Bereichen medizinisch nicht zu begründende Ausweitungen von Indikationen gegeben hat, und dies trifft auch unter den Be-

teiligten auf deutliche Kritik. Die nachfolgende Interviewpassage ist zwar auf die Kardiologie bezogen, dürfte aber durchaus auch auf die Herzchirurgie übertragbar sein.

„... bei der Koronarangiografie, also bei der – auch so ein bisschen das Basisgeschäft der Kardiologie – da ist ja viel mehr Konkurrenz und – eh – ja, da ist ... wenn sie da das nicht machen innerhalb von ein paar Tagen, dann machen es die anderen. Sie wissen ja vielleicht, dass diese Zahlen sprunghaft ansteigen, was medizinisch nicht gerechtfertigt ist. Und es kommt natürlich ab und zu mal vor, dass wir sagen: O.k., das machen wir nicht, weil wir keine Indikation sehen. Na Gott, dann machen es die halt“ (Chefarzt 08: 961/973).

„I.: Ja. Wie kommt's dann aber dazu, dass die Zahlen gestiegen sind? Was ist Ihre Einschätzung?

B.: Ja, das sind schlicht und ergreifend... das Problem ist, dass, wenn Sie privat – sag' ich jetzt mal – profitieren, 2000 bekommen oder nicht bekommen, dann mach' ich's doch in dubio pro... Ja? Wenn jemand die Indikation stellt, unmittelbar sehr stark von profitiert ...

I.: die er selbst durchführt...

B.: Ja. Richtig. Also das ist die Sache: Wird einfach zu gut bezahlt“ (ebd.: 975/990). (...)

B: „Es wird schlicht und ergreifend zu viel gemacht. Ja, wenn Sie das wissen wollen“ (ebd.: 1006/1007).

Das gesundheitsökonomische Theorem der »angebotsinduzierten Nachfrage« als einer der Eigenarten des Medizinbetriebes findet hier offensichtlich seine Bestätigung und wird als Problem auch von beteiligten Ärzten gesehen.

„Also ich sehe das durchaus kritisch. Ich glaube, seitdem es alles so einfach ist, einen Herzkatheter und eine Herz-OP zu machen, wird die Indikation sehr weit gestellt, und wenn die, die die Indikation stellen, auch diese Untersuchung machen, ist doch klar, dass diese Indikation sehr häufig gestellt wird. Davon lebt man ja schließlich.

I: Wird da auch im Haus drüber diskutiert? Gibt es Foren, wo darüber diskutiert wird?

B: Ich glaube nicht. Im Einzelfall wird gelegentlich mal diskutiert, also wenn ich einen Patienten in der Notaufnahme aufnehmen, und die Kardiologen den sofort kathetern wollen, und ich das nicht will, wird natürlich diskutiert. Aber letztendlich ist das das Fachgebiet der Kardiologen, und die setzen sich dann auch durch, verständlicherweise. Die verstehen ja mehr davon als ich“ (Arzt 03: 283/303).

Sofern die obenstehenden Daten der Krankenhausstatistik tatsächliche Veränderungen von Operationshäufigkeiten abbilden, blieb das Phänomen der Indikationsausweitung offenbar nicht nur auf Kardiologie, Herzchirurgie und Geburtshilfe beschränkt. Mit etwas Verzögerung hätten 1997 dann auch weitere Fachgebiete mit Steigerungsraten zwischen ca. 13 % und 27 % nachgezogen, wie beispielsweise die Augenheilkunde (Beispiel: Kataraktoperationen), die Bauchchirurgie (Beispiel: Hernien) aber auch die Unfallchirurgie bzw. Orthopädie (Beispiel: Hüftoperationen). Auch diese Steigerungsraten wären wohl kaum rein medizinisch erklärbar.

Ein deutlicher Anstieg im Jahr 1997 ließe sich auch ohne weiteres mit den Änderungen der Krankenhausfinanzierung in einen Zusammenhang bringen. Nachdem das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben für 1996 einen 100%igen Ausgleich der Mehreinnahmen, also eine vollständige Rückzahlung an die Kassen, vorgegeben hatte, lockerte das 2. GKV-

Neuordnungsgesetz diese für die Krankenhäuser sehr ungünstige Regelung. Ab dem 1.1.1997 konnten Krankenhäuser 25 % der Mehreinnahmen durch nicht mit den Kassen vereinbarte Fallzahlsteigerungen im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich behalten (§ 11 Abs. 8 BpflV 1995 i.d.F.d 2. NOG).

Bei der Bewertung von Indikationsausweitungen für Operationen ist zu bedenken, dass sich eine ökonomisch motivierte Ausweitung von Indikationsstellungen nicht lediglich auf den Haushalt der gesetzlichen Krankenversicherung auswirkt und die Validität der Krankenhausstatistik in Frage stellt, wie dies bei reinen Umcodierungen zum Zweck der Erlösmaximierung der Fall ist. Es handelt sich vielmehr um operative Eingriffe, die mit schweren bis schwersten Belastungen für die Betroffenen verbunden sind, die nur dann ethisch wie auch juristisch zu rechtfertigen sind, wenn sie medizinisch notwendig waren. Sind Eingriffe aber medizinisch nicht notwendig und geschehen in erster Linie oder sogar ausschließlich zum Zweck der Erlösmaximierung, so werden Menschen zu diesem Zweck erheblichen – und in einer nicht bestimmbar Zahl von Fällen sicherlich auch lebensbedrohlichen – Gefährdungen durch Narkose, Beatmung, Operationswunden, Komplikationen, Kunstfehler, Sekundärinfektionen etc. ausgesetzt. Die von den Kassen in der Vergangenheit in bezug auf erlösmaximierende Codierungsstrategien vor allem beklagten finanziellen Schäden am GKV-Haushalt dürften im Vergleich hierzu von untergeordneter Bedeutung sein.

In bezug auf die in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen erheblichen Zunahmen der Operationshäufigkeit in einzelnen Fachgebieten und Diagnosegruppen gibt es auf jeden Fall noch erheblichen Klärungsbedarf. Sinnvoll erscheint beispielsweise eine Fortsetzung der ersten im Auftrag des BMG durchgeführten Studie zu Operationshäufigkeiten (BMG 2000), diesmal allerdings zu ausgewählten Prozeduren, die seit 1996 mit einer Fallpauschale oder einem Sonderentgelt vergütet werden.

3.3.2.2 *Rückkehr zu alten Standards*

Die medizinische Indikationsstellung schließt nicht nur die Entscheidung ein, ob eine Untersuchung oder Behandlung durchgeführt wird, sondern auch die Entscheidung über die Art des Verfahrens und die Qualität der zu verwendenden Materialien. Die von uns geführten Interviews lassen die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass auch in diesem Bereich seit 1993 ärztliche Entscheidungen in deutlich stärkerem Umfang als früher von ökonomischen Erwägungen beeinflusst werden. War es vor Einführung der Budgetdeckelung in Westdeutschland üblich, dass Krankenhausärzte bei der Auswahl von Methoden und Materialien in der Regel keinen nennenswerten ökonomischen Begrenzungen unterlagen und die erforderlichen finanziellen Mittel und Materialien bereit gestellt wurden, so haben sich in diesem Punkt deutliche Veränderungen ergeben.

Sicherlich sind Krankenhäuser in der Regel bemüht, Kostenersparnisse ohne Einbußen bei der Qualität der eingesetzten Verfahren und Materialien zu erzielen. Allerdings scheint es auch

Bereiche und Fälle in ernst zu nehmendem Umfang zu geben, in denen aus Kostengründen auf Materialien minderer Qualität und ältere, nicht mehr dem Stand der neuesten Entwicklung entsprechende Verfahren zurückgegriffen wird. Die Beschaffung repräsentativer empirischer Daten über Art und Umfang der eingetretenen Qualitätseinbußen dürfte jedoch so gut wie ausgeschlossen sein, da – im Falle bewusster Qualitätsminderungen – keine wahrheitsgemäßen Angaben von den Beteiligten zu erwarten sind.³²

„Es werden tatsächlich Therapieformen geändert, um eben – also in dem Sinne auch Rückschritte – um eben bestimmte finanzielle Möglichkeiten eben durch Rückführung von Geld eben besser ausnutzen zu können. Also bestimmte Therapieformen, die teuer sind, werden wieder zurückgeschraubt auf alte Standards. Das ist nicht im Sinne – ich sag mal – der gesundheitlichen Entwicklung. Und das findet statt, ohne dass es überhaupt jemand merkt. Das sind natürlich Dinge, die man ja auch nicht an die Große Glocke hängt, sondern das einfach macht“ (Experten 01/02: 1650/ 1661).

„Es wird auch keiner sagen: Ich hab jetzt die Therapieform wieder geändert, weil sie dann billiger ist, sie ist zwar schlechter, das reicht auch aus. Das macht auch keiner. Das findet intern lautlos statt, und jedes Krankenhaus muss da seinen eigenen Weg finden, wie es vertretbar ist“ (Experten 01/02: 1730/1736).

Die Beeinflussung therapeutischer Standards ist auch Thema der medizinischen Fachliteratur. Beispielsweise wurde für die Unfallchirurgie aufgezeigt, wie die vollkommen unzureichende Ausdifferenzierung des Fallpauschalensystems massive wirtschaftliche Anreize für eine Rückkehr zu älteren und für die Patienten ungünstigeren Verfahren setzt. So wäre eine zementfreie Hüftprothese aus medizinischer Sicht für Patienten wegen ihrer längeren Haltbarkeit zwar günstiger, für das Krankenhaus wirtschaftlich aber ungünstig, da die deutlich höheren Materialkosten nicht vergütet und die längere stationäre Verweildauer von den Kassen nicht bewilligt würde (Hansis 1997). Aus diesen Zusammenhängen ergäben sich „krasse Interessengegensätze“ (ebd.: 78) zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen.

Während sich für die unmittelbar am Patienten tätigen Ärzte daraus ein intrapersonaler Konflikt zwischen moralischem Empfinden sowie ärztlicher Berufsethik auf der einen und dem Interesse an der wirtschaftlichen Sicherung ihres Arbeitsplatzes auf der anderen Seite ergeben kann, stellt sich der Entscheidungskonflikt aus gewisser Distanz und kaufmännischer Sicht auf den Gesamtbetrieb nicht selten deutlich anders dar.

„Das ist so, ich kann nicht mehr alles machen. Das ist für manche noch schwierig. Oder wenn Neuentwicklungen kommen, dass man das nicht unbegrenzt einsetzt. Da sind wir auch relativ harsch, dass wir dann auch sagen: Das geht nicht mehr, tut uns leid“ (Geschäftsführer 01: 420/425).

³² Im Rahmen der Begleitforschung zur BpflV 1995 wurde dementsprechend auch darauf verzichtet, den beteiligten Krankenhäusern Fragen zu diesem Themenbereich vorzulegen (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 146).

3.3.3 Zunahme interner Verlegungen

Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung werden häufig Verlegungen in eine andere Abteilung notwendig. Interne Verlegungen erfolgen üblicherweise

- wenn ein Patient zunächst auf einer inneren Station untersucht wurde und die Untersuchungen zu dem Ergebnis führten, dass ein operativer Eingriff erforderlich ist,
- wenn ein Patient nach einer Operation der Intensivbehandlung oder -überwachung bedarf,
- wenn sich der Zustand eines Patienten soweit verschlechtert, dass die Versorgung auf einer Normalstation nicht mehr ausreichend ist oder
- wenn sich während einer Behandlung Komplikation einstellen, die nur von Spezialisten eines anderen Fachgebietes angemessen behandelt werden können.

Wenn vor 1993 Verlegungen aus anderen als medizinischen Gründen erfolgten, so waren dies in der Regel Kapazitätsengpässe, häufig Personalmangel im Pflegedienst. Spätestens ab 1996 traten mit Einführung des neuen Entgeltsystems neben die medizinischen Entscheidungskriterien auch ökonomische. So ist bei einer internen Verlegung mittlerweile auch zu bedenken, wie sich die Verlegung auf die Vergütung auswirkt. Wird beispielsweise ein Abteilungspflegesatzpatient nach abgeschlossener Untersuchungsphase in eine andere Abteilung verlegt und muss der dort geplante Eingriff laut Bundespflegesatzverordnung mit einer Fallpauschale berechnet werden, kann der Krankenkasse nur die Fallpauschale der übernehmenden Abteilung in Rechnung gestellt werden, nicht aber die Summe der Abteilungspflegesätze für die Zeit der Untersuchungen in der vorherigen Abteilung.

In unserer Untersuchung fanden wir keinen Hinweis darauf, dass notwendige Verlegungen aus finanziellen Gründen unterbleiben, wohl aber, dass stattdessen die Diagnose geändert wird.

„Am Anfang wurde da häufiger drüber nachgedacht, wenn wir einen Patienten zum Beispiel in die Kardiologie verlegt haben, der dann dort eine Fallpauschale hatte, dass das dann natürlich problematisch war, weil dann unsere Zeit nicht mehr bezahlt wurde, dass man dann schon versucht hat, das mit einer anderen Diagnose zu belegen, damit die Fallpauschale nicht zum Tragen kommt“ (Arzt 03: 777/785).

Oder – auch das wurde berichtet – der betreffende Patient wird für 2-3 Tage nach Hause entlassen und von der anderen Abteilung desselben Krankenhauses mit einer anderen Diagnose aufgenommen, so dass die erste Abteilung ihre Abteilungspflegesätze und die zweite ihre Fallpauschale abrechnen kann.

„Um die Verweildauer bei Fallpauschalenpatienten zu senken werden beispielsweise Patienten, bei denen eine Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung, d. A.) geplant ist, nicht direkt von der Inneren Medizin übernommen, sondern erst mal für 2-3 Tage nach Hause geschickt. Denn wenn sie direkt übernommen würden, könnte keine Fallpauschale abgerechnet werden, da es bereits ein Abteilungspflegesatzpatient ist, oder die Fallpauschale müsste zwischen Innerer und Chirurgie aufgeteilt werden. Außerdem zählt bei einer internen Verlegung die Gesamt-Verweildauer, und die wird der Chirurgie zugerechnet. Da kommen dann Nachfragen vom Controlling: Warum ist die Verweildauer so hoch? Wenn die Patienten aber zwi-

schendurch nach Hause geschickt werden, zählt nur die OP-Verweildauer, und die ist sehr kurz“ (Arzt 01: 61/75).

Diese Variante hat – ökonomisch betrachtet – zudem den Vorteil, dass sie sich positiv auf die durchschnittliche Verweildauer der übernehmenden Abteilung sowie des gesamten Krankenhauses auswirkt. Wird der Patient direkt von der Inneren auf die Chirurgie übernommen, gehen die Verweildauertage der Inneren mit in die Verweildauer der Chirurgie ein. Wird der Patient entlassen und wieder aufgenommen, zählt er als zwei Fälle mit zwei einzelnen und deutlich kürzeren Verweildauern, die dazu beitragen, die Fallzahlstatistik und durchschnittliche Verweildauer der Abteilung und des Krankenhauses zu verbessern, denn: Je mehr Fälle versorgt werden und je kürzer die durchschnittliche Verweildauer ist, desto positiver ist die Bewertung durch das Krankenhausmanagement aber auch durch die Kassen. Beide Kennzahlen zählen sowohl intern wie auch in den Budgetverhandlungen immer noch zu den bedeutendsten Indikatoren für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses oder einer Abteilung. Das Beispiel dürfte deutlich gemacht haben, wie fragwürdig die Aussagekraft dieser Indikatoren ist.

Vor dem Hintergrund dieser Art ‘Verlegungsstrategie’ muss sicherlich auch die Zunahme der Zahl der Krankenhausfälle in den letzten Jahren im Grunde in einem neuen Licht gesehen werden. Da aber keine Daten über den Umfang eines ökonomisch motivierten ‘Drehtüreffekts’ vorliegen, kann auch nicht verlässlich geschätzt werden, wie viel Prozent der Fallzahlsteigerung auf die verschiedensten Formen eines ‘Fallsplitting’ zurückgehen.

Fallsplitting scheint es in mehreren Formen zu geben, beispielsweise auch als abteilungsinterne Strategie der Erlösoptimierung.

„... auch wenn sie einen Befund haben, der per se eine Ballonaufdehnung den nächsten Tag oder am gleichen Tag rechtfertigen würde, nach Hause geschickt und werden drei bis vier Wochen später wieder aufgenommen für diese Untersuchung, für diese Nachbehandlung, so dass sie medizinisch vertretbar sind... wenn sie stabil sind. Wenn sie instabil sind, wird es sofort gemacht. Wenn sie aber stabil sind, erklärt man ihnen den Befund und sagt: So, wir nehmen dich wieder auf in vier Wochen. Dann weiß der den Termin und dann wird diese Verengung aufge... Die Begründung für diese vier Wochen ist, dass die Ziffer 21.02 eine Abrechnungsziffer ist, die man nur machen kann, wenn die letzte Herzkatheteruntersuchung mehr als zwei Wochen zurückliegt.

I.: Das ist ja verrückt.

B.: Ja. So einfach ist das. Also dort sind klare Ökonomieaspekte... ändern das Handeln am Patienten. So was gibt es. Und wenn Sie jetzt von der Krankenkasse wären, würde ich das natürlich nicht erzählen“ (Arzt 09: 855/879).

Die Aufteilung einer vor Einführung der Fallpauschalen zusammenhängenden Behandlung in zwei oder mehrere Krankenhausaufenthalte gehört offenbar keineswegs nur in der Kardiologie mittlerweile zum Klinikalltag.

„Im Rahmen der Fallpauschale werden ausdrücklich nicht abgegolten der Beginn einer postoperativen adjuvanten Bestrahlung und/oder Chemotherapie, z. B. bei Frauen mit brusterhaltend operiertem Mammakarzinom. War es bislang üblich und vom Gesamtkonzept des Behandlungsablaufes her auch sinnvoll,

am Ende des operativen Aufenthaltes nach Abheilung der Wunde den ersten Zyklus einer Chemotherapie oder die ersten Bestrahlungen durchzuführen musste dieses Vorgehen wegen der damit verbundenen und über die Fallpauschale explizit nicht abgedeckten Kosten verlassen werden. Die Patientin wird vorübergehend entlassen und zur Chemotherapie erneut aufgenommen (...) Unberücksichtigt bleibt die psychologische, soziale, ethische und medizinische Komponente dieses Vorgehens“ (Krick/Balzer 1997: 123f.).

Die Ergebnisse der Interviews legen die Annahme nahe, dass der im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 ermittelte deutliche Anstieg interner Verlegungen unmittelbar nach Einführung des neuen Entgeltsystems (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 83) in erster Linie wirtschaftliche und nicht medizinische Gründe hatte. Über frühzeitigere und häufigere Verlegungen in andere Abteilungen können nicht nur die Leistungskennzahlen, sondern kann auch das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung verbessert werden, wenn es gelingt, Behandlungskosten in andere Teilbudgets zu verlagern. Sofern bei einer internen Verlegung primär wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen, und dies nicht im Einvernehmen mit der übernehmenden Abteilung erfolgt, ist dies selbst für Ärzte nur sehr schwer nachweisbar, da die Gründe nicht offen benannt werden. Was oftmals nur bleibt, ist ein gewisses Unbehagen.

„Also wir kriegen dann auch Patienten zur Nachbetreuung, zur weiteren, und dann das machen wegen der Indikation, dass dann, was weiß ich, auf Markumar eingestellt werden soll oder der Diabetes noch weiter beobachtet werden muss. Ich möchte das jetzt nicht meinen Kollegen unterstellen, dass das Abschieben war“ (Arzt 08: 865/872).

Dass in einigen Abteilungen bei internen Verlegungen Kostengründe sehr wohl eine Rolle spielen, zeigt die nachfolgende Interviewpassage, in der ein Fallbeispiel geschildert wird, in dem die ökonomisch motivierte interne Verlegung im Einvernehmen mit der übernehmenden Station erfolgte.

„Das ist auch eine Möglichkeit, die wir ins Auge fassen, wenn ein Patient in unserer Abteilung so schwer krank ist, dass er einen erheblichen... dass seine Betreuung einen erheblichen materiellen Aufwand bedeutet, also gerade an Medizinprodukten, dass wir dann die Verlegung auf die Intensivstation erwägen, um eben die Kosten durch das dortige Budget abfangen zu lassen, und nicht das schmale Abteilungsbudget dadurch belastet wird. Das machen wir aber nur in Absprache mit den dortigen Kollegen, und nur im gegenseitigen Einvernehmen und auch nur dann, wenn dort dann kein Engpass an Intensivbetten entsteht, der zur schlechteren Betreuung anderer Patienten führt“ (Arzt 06: 1147/1163).

Medizinisch nicht notwendige Verlegungen auf eine Intensivstation sind mit ethischen Problemen verbunden, derer sich der interviewte Arzt offensichtlich bewusst war: Es werden Intensivbetten mit Patienten belegt, die auch auf Normalstation angemessen versorgt werden könnten. Dadurch könnten Versorgungskapazitäten für Patienten blockiert werden, die dringend einer intensivmedizinischen Versorgung bedürfen, beispielsweise Notfälle.

Aber auch wenn in dem geschilderten Beispiel durch die Verlegung keine anderen Patienten Versorgungs Nachteile erleiden mussten, es bleibt aus medizinischer Sicht dennoch sehr problematisch. Intensivstationen stellen für schwerkranke Menschen keineswegs nur eine Chance dar, sondern – beispielsweise wegen der dort oftmals anzutreffenden gefährlicheren Krankheitserreger – auch eine Gefährdung. Sie einzugehen ist im Grunde nur dann moralisch ver-

tretenbar, wenn der Nutzen für den betroffenen Patienten die mit einem Aufenthalt auf einer Intensivstation verbundenen Risiken eindeutig übersteigt. Aber auch wenn man davon ausgeht, dass den betroffenen Patienten durch die Verlegung keine gesundheitliche Nachteile entstanden: es bleiben – und das ist in diesem Zusammenhang vor allem von Interesse – ärztliche Entscheidungen, die nicht primär medizinisch, sondern ökonomisch motiviert sind.

3.4 Budgetorientierte Verlegung und Entlassung

Eine der zentralen Erwartungen der Gesundheitspolitik war, dass es als Folge der Budgetdeckelung und vor allem der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten zu einem stärkeren Rückgang von Verweildauern kommen würde. Wie bereits an früherer Stelle dargestellt, reagierten Krankenhäuser sowohl auf die Einführung der Deckelung als auch auf das neue Entgeltsystem mit einem deutlichen überproportionalen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer über alle Diagnosen um jeweils 0,7 Tage.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen allerdings die Schlussfolgerung nahe, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Verweildauerrückgänge durch Fallsplitting, eine Zunahme der Verlegungen zwischen den Krankenhäusern und Drehtüreffekte als Folge zu früher Entlassung zustande kam. Zudem wurden offenbar in Krankenhäusern Abteilungspflegesatzpatienten gezielt länger liegen gelassen, um bei überproportionalen Verweildauerreduzierungen im Fallpauschalenbereich trotzdem auf die geplante durchschnittliche Bettenbelegung zu kommen. Insgesamt scheinen auf jeden Fall ärztliche Entscheidungen über die Verlegung oder Entlassung von Patienten weit stärker als vor 1993 von ökonomischen Zielen beeinflusst zu werden.

3.4.1 Flexible Verweildauersteuerung für die Punktlandung

Die Länge der Verweildauer ist einer der wichtigsten Steuerungsparameter im Rahmen der medizinischen Leistungssteuerung. Über die gezielte Verkürzung oder Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes einzelner Patienten oder Patientengruppen kann die Höhe der durchschnittlichen Belegung aber auch die Zahl der Fälle beeinflusst werden. Bereits aus der Zeit vor 1993 ist das Phänomen bekannt, dass Patienten nicht am Freitag, sondern erst am Montag entlassen wurden, damit die Betten am Wochenende belegt waren und dafür Pflegesatzeinnahmen erzielt wurden. Dies scheint sich bei Abteilungspflegesatzpatienten in vielen Krankenhäusern nicht wesentlich geändert zu haben, da ihre Verweildauer offenbar häufig zur Kompensation von Belegungsrückgängen im Fallpauschalenbereich verlängert wird.

Veränderungen sind dagegen offenbar bei einem Teil der Patienten zu verzeichnen, für die eine Fallpauschale oder ein Sonderentgelt berechnet werden kann. Insbesondere in der Herzchirurgie, Geburtshilfe und Augenheilkunde – den drei Fachgebieten mit dem höchsten Anteil

an Fallpauschalen – hat es nach Einführung des neuen Entgeltsystems deutlich überproportionale Verweildauerrückgänge gegeben (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 142-146).

Tab. 5

**Verweildauer der Patienten mit Operation
für ausgewählte Diagnosen**

(nach ICD/9)

Angaben in Tagen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	93-98 in %
ICD 366 Katarakt	6,5	5,3	4,6	3,8	3,5	3,3	-48,6
ICD 414 Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten	12,7	11,9	10,1	8,9	7,9	8,0	-37,2
ICD 474 Chron. Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes	5,0	5,0	4,9	4,9	4,9	4,8	-3,5
ICD 550 Leistenbruch	9,8	9,2	8,7	7,6	7,3	7,0	-28,4
ICD 618 Prolaps weiblicher Geschlechtsorgane	17,9	17,4	16,9	15,5	15,1	14,7	-18,1
ICD 644 Vorzeitige oder drohende Wehen	12,7	12,5	12,6	11,3	11,3	11,3	-11,2
ICD 645 Verlängerte Schwangerschaft	8,4	8,1	8,3	7,3	6,9	6,7	-19,7
ICD 714 Primär-chron. Polyarthrit und sonst. Entzündl. Polyarthropathien	20,6	19,7	18,6	17,4	16,7	16,6	-19,5
ICD 715 Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	22,4	21,3	20,2	18,5	17,6	17,6	-21,6

Quelle: Statistisches Bundesamt.

Bei den zuvor bereits im Hinblick auf die Operationsraten untersuchten ausgewählten Diagnosen, zeigen sich denn auch entsprechende Entwicklungen (vgl. Tab. 5). Während die durchschnittliche Verweildauer über alle Diagnosegruppen zwischen 1993 und 1998 um ca. 19 % zurückging, weist die Krankenhausstatistik des Bundes bei den operierten Patienten für diese ausgewählten Diagnosen im gleichen Zeitraum deutlich höhere Verweildauerrückgänge auf, so beispielsweise bei Operationen nach koronarer Herzerkrankung einen Verweildauerückgang um ca. -37 %, beim grauen Star (Katarakt) einen Rückgang um ca. -49 % und bei einem Leistenbruch um ca. 28 %. Neben diesen finden sich unter den neun ausgewählten Diagnosen aber auch solche, bei denen kein überproportionaler Verweildauerückgang festzustellen ist.

Dieser Befund ordnet sich damit ein in das Ergebnis der Begleitforschung zur Bundespflege-satzverordnung, nach dem in der Mehrzahl der Fachabteilungen die Fallpauschalenpatienten keineswegs kürzere, sondern offenbar im Schnitt sogar eine längere Verweildauer aufwiesen, als die Abteilungspflegesatzpatienten (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 75). Damit aber

wäre eines der wichtigsten Ziele der Einführung von Fallpauschalen, die deutliche Verkürzung der Verweildauer in diesen Diagnosegruppen, offensichtlich nicht erreicht.

Dennoch, die Einführung von Fallpauschalen hat deutliche Wirkungen in den Krankenhäusern hinterlassen und zu Veränderungen der Entlassungs- und Verlegungspraxis geführt, die allerdings nicht oder nur sehr unzureichend über die hochaggregierten Daten der Krankenhausstatistik abgebildet werden können. Da die Veränderungen unterhalb der ‘Oberfläche’ quantitativer Daten vor allem im Bereich der Handlungsziele und –motivationen stattfanden, erschließen sie sich – wenn überhaupt – nur über qualitative Forschungsmethoden.

Es scheint mittlerweile eine der dominierenden Orientierungen im Krankenhausbereich zu sein, dass Fallpauschalenpatienten innerhalb einer bestimmten Verweildauer versorgt und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt entlassen oder verlegt sein müssen. In den von uns geführten Interviews wurde immer wieder die Auffassung geäußert worden, es gäbe eine ‘vorgegebene Verweildauer’, die eine Höchstgrenze für den Krankenhausaufenthalt darstelle. Wenn sie überschritten wird, mache das Krankenhaus bei jedem zusätzlichen Verweildauertag Verluste.

Diese Vorstellung findet sich auch in Veröffentlichungen von Vertretern der Spitzenverbände, so dass man wohl davon ausgehen kann, dass sie in der Regel über das Krankenhausmanagement an die Ärzte und Pflegekräfte vermittelt wurde.³³ Mit der ‘vorgegebenen Verweildauer’ war in der Regel die im Fallpauschalenkatalog der Bundespflegesatzverordnung aufgeführte durchschnittliche Verweildauer gemeint, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt worden war, nicht aber die sogenannte Grenzverweildauer, ab der im Falle von Komplikationen für jeden zusätzlichen Verweildauertag der Abteilungspflegesatz berechnet werden darf. Diese durchschnittliche Verweildauer bietet jedoch keinen verlässlichen Indikator für den Grad der Kostendeckung, da beispielsweise durch behandlungsaufwändige Nebendiagnosen, einen überdurchschnittlichen Erkrankungsschweregrad oder Komplikationen bereits vor Erreichen der im Katalog genannten durchschnittlichen Verweildauer die Behandlungskosten weit über der abzurechnenden Fallpauschale liegen können. Zudem waren einige der Fallpauschalen, insbesondere in der Herzchirurgie, offenbar so großzügig kalkuliert, dass die Kosten auch bei einer deutlichen Überschreitung der Katalog-Verweildauer sicherlich zumeist immer noch im Rahmen der Vergütung blieben.

Da aber die weit überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser nicht über eine patientenbezogene Kosten-Leistungsrechnung, und somit keine validen Daten über die tatsächlichen Kostendeckungsverhältnisse für die einzelnen Fallpauschalen verfügte, erschien es offenbar vielen Krankenhausleitungen angeraten, sich auf jeden Fall auf der ‘sicheren Seite’ zu bewegen und als Handlungsmaxime für die Ärzte vorzugeben:

„Fallpauschale! Vorsicht! Da musst du zusehen, dass du’s möglichst schnell rauskriegst“ (Geschäftsführer 03: 275/278).

³³ Vgl. exemplarisch die Veröffentlichung eines DKG-Geschäftsführers, nach dessen Darstellung zu den „Anforderungen an die Krankenhausmitarbeiter“ nach Einführung des neuen Entgeltsystems zählt, „dass Fallpauschalen-Patienten innerhalb der vorgegebenen Verweildauer versorgt werden können“ (Achner 1996: 25).

3.4.1.1 Belegungsorientierte Verweildauersteuerung

Wie bereits eingangs angedeutet, ist das System der Verweildauersteuerung insgesamt deutlich komplexer, als dass man es darauf beschränken könnte, Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen. Die »Punktlandung« zielte zum einen auf die Erreichung der mit den Kassen vereinbarten Fallzahlen, vor allem aber auch auf die Erreichung der geplanten Bettenbelegung. Beides musste über das Jahr kontinuierlich ausbalanciert werden, damit nach Ablauf des Budgetzeitraumes möglichst keine Rückzahlungsverpflichtungen infolge zu hoher Belegung oder Fallzahlüberschreitungen aber auch keine Nachzahlungsforderungen aufgrund zu niedriger Belegung anstanden.

Zu diesem Zweck wird mittlerweile in der Mehrzahl der Krankenhäuser, wenngleich auch in unterschiedlichem Umfang, die Entlassung vor allem von Abteilungspflegesatzpatienten auch mit Blick auf die Budgetentwicklung vorgenommen.

„Also natürlich versuchen wir, das zu steuern, indem wir großzügiger aufnehmen oder großzügiger entlassen“ (Arzt 03: 553/555).

„Aber auch umgekehrt, dass man eben jemanden drängt, nach Hause zu gehen, was ja auch häufig genug im Interesse des Patienten ist, oder im gegenteiligen Fall auch mal jemanden, der nicht so sehr drängt, zwei Tage länger liegen lässt, obwohl, wenn man sich bemüht hätte, ihn natürlich auch hätte früher entlassen können, klar“ (Arzt 03: 597/605).

„Ich sage mal, die Nachfrage ist groß, und wir sind nicht so sehr in der Not, dass man einen Patienten noch einen Tag länger im Krankenhaus halten muss, um dagegen zu steuern. Das wäre ja so das Instrument, dass man sagt: O.k., also Kandidat X wäre entlassungsfähig, bleibt aber einen Tag länger oder zwei Tage länger, weil wir unser Budget noch an der Stelle etwas ausgleichen müssen“ (Arzt 04: 405/413).

„Wir sind also runtergegangen, wir haben die Liegezeit stärker reduziert als die Zahl der Patienten zusätzlich und damit sind die Berechnungstage ‘runtergegangen und das war fürs Krankenhaus...

I: Bitter...

B: Nicht bitter, aber wir haben es ja dann gesehen und haben dann gegen gehalten. Aber letztendlich gegen gehalten – kann man wieder sagen – auf Kosten der Kassen. Denn solange das ein solches Berechnungssystem ist, ist es natürlich so, dass wenn man den Patienten zwei Tage länger hält, das fürs Haus gut ist, aber letztendlich für die Solidargemeinschaft kostet das was“ (Chefarzt 05: 325/341).

„Während für die Fallpauschalenpatienten ein Kurzliegerbereich eingerichtet wurde, werden die Abteilungspflegesatzpatienten gut konserviert. Es kommt häufiger vor, dass vor der Entlassung noch ein ‘Härtetest’ gemacht wird (Patienten erhalten Normalkost), selbst dann wenn der Patient am Abend zuvor bereits ein Döner gegessen hat“ (Pflegekraft 01: 117/124).

Offenbar wird in vielen Krankenhäusern die Verweildauersteuerung als eine Art System kommunizierender Röhren praktiziert. Während man versucht, Fallpauschalenpatienten möglichst frühzeitig zu entlassen, werden Abteilungspflegesatzpatienten bei Bedarf länger liegen gelassen, als dies aus Sicht der behandelnden Ärzte notwendig wäre.

„Wir sollen immer voll belegt sein. Ja? Wir sollen bei den Fallpauschalen wirklich sehen, dass die Patienten keinen Tag länger liegen als notwendig. Die anderen Patienten, wenn man es wirtschaftlich betrachtet, nicht medizinisch, die sollen wieder möglichst lange liegen, damit sich das ausnutzt. Also, das sind Dinge, die zwar wirtschaftlich gesehen gut sind, aber medizinisch gesehen, aber natürlich katastrophal. Nicht?“ (Chefarzt 09: 159/169).

Dieses System könnte auch erklären, warum in der Mehrzahl der Abteilungen, die Fallpauschalen abrechnen können, die durchschnittliche Verweildauer über alle Diagnosen nicht merklich gesunken ist oder sogar gestiegen, wie es im Rahmen der Begleitforschung – sicherlich zum Erstaunen vieler Experten – festgestellt wurde.

3.4.1.2 *Kostenorientierte Verweildauersteuerung*

Neben der belegungsorientierten Verweildauersteuerung wird in einigen Bereichen offenbar auch eine Verweildauersteuerung praktiziert, die als ‘kostenorientiert’ bezeichnet werden kann, da hierbei die Verweildauer eines Patienten von den bereits entstandenen oder zu erwartenden Kosten abhängig gemacht wird. Betroffen sind nicht nur besonders kostenaufwändige Patienten, sondern auch durchschnittliche Fälle, sofern ihren Behandlungskosten keine ausreichenden Erlöse gegenüberstehen, beispielsweise weil die geplante Belegung oder Fallzahl bereits vor Ende des Jahres erreicht wurde und weitere Einnahmen an die Kassen zurückgezahlt werden müssen.

„Das (Name des Krankenhauses, d. A.)-Krankenhaus musste letztes Jahr 4 Millionen Mark an die Krankenkassen zurückzahlen. Und dieses Jahr wird das nicht sehr viel anders aussehen, so dass wir bestrebt sind im Prinzip, auch die Patienten wirklich rauszuschmeißen. Das ist bitter, und im Grunde genommen ist man sich auch darüber im Klaren, dass das zum Teil absolut grenzwertig ist, aber das ist eben im Grunde genommen ein Kostenproblem. Wenn man auch noch für geleistete Arbeit nicht nur nichts kriegt, sondern auch noch was zurückzahlen muss“ (Chefarzt 03: 416/427).

Hauptsächlich betroffen sind aber vor allem besonders kostenaufwändige Patienten, deren Behandlungskosten – auch ohne detaillierte Kostenträgerrechnung erkennbar – die Vergütung weit übersteigen. Auch wenn sicherlich in der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser und Fälle die notwendigen Behandlungen trotz unzureichender Vergütung durchgeführt werden, es gibt offenbar doch zahlreiche Fälle, in denen aus wirtschaftlichen Gründen eine Behandlung abgebrochen wird, und sei es auch nur, um den betroffenen Patienten an einen niedergelassenen Arzt oder ein anderes Krankenhaus weiter zu verweisen. Wenn aber ein Patient – wie im folgenden Beispiel – bereits für ein großes Krankenhaus als ein nicht tragbares wirtschaftliches Risiko erscheint, dürfte die Entlassung in die ambulante ärztliche Behandlung wohl kaum ein befriedigender Ausweg sein.

„I: Es könnte dann auch die Frage aufwerfen, ob man solche Patienten überhaupt aufnimmt oder ob die dann vielleicht auch verlegt werden könnten, wenn die sehr stark das Budget belasten.“

B: Ja, das ist schon immer wieder ein Thema. Wir haben zum Beispiel Patienten, die so ALS – das ist eine Erkrankung, die verläuft relativ schnell tödlich – und die Patienten, die kriegen auch Medikamente, da kostet eine Packung – 24 Stück – 1000 Mark. Und da wird eigentlich nicht überlegt, nehmen wir den

auf, sondern da wird dann eher restriktiver mit einer Verlängerung umgegangen. Da wird gesagt: Gut, drei Wochen den Patienten im Haus, das ist vertretbar, aber nicht noch mal verlängern – fünf Wochen, oder sieben oder so“ (Pflegekraft 10: 1006/1021).

3.4.1.3 *Quicker and sicker?*

Mit Blick auf die Erfahrungen mit der Anwendung von DRGs in den USA wäre zu erwarten gewesen, dass auch in Deutschland nach Einführung von Fallpauschalen die Krankenhauspatienten im Schnitt früher und in schlechterem Zustand entlassen werden. Da hierzu keine Daten im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung erhoben wurden und derartige Effekte sicherlich auch sehr schwer zu messen sind, können an dieser Stelle nur Annahmen formuliert werden, die in empirischen Studien verifiziert oder falsifiziert werden müssten.

Vor dem Hintergrund der vorstehend dargestellten Ergebnisse unserer Untersuchung erscheint eine Verschlechterung des durchschnittlichen Entlassungsstatus³⁴ von Krankenhauspatienten über alle Diagnosen und Fachabteilungen eher unwahrscheinlich. Da offenbar ein Teil der Abteilungspflegesatzpatienten länger als medizinisch notwendig in Krankenhäusern behalten wurde, erscheint es vielmehr plausibel, dass sie im Durchschnitt eher in einem stabileren Zustand entlassen wurden. Anders dürfte die Situation in den Fachgebieten sein, die bereits jetzt erkennbar überdurchschnittlich häufig problematische Entwicklungen erkennen lassen. Dies scheinen insbesondere die Herzchirurgie, die Kardiologie, die Geburtshilfe und in Teilbereichen eventuell auch die Unfallchirurgie bzw. Orthopädie zu sein. Hier besteht m. E. dringender Forschungsbedarf.

3.4.2 *Externe Verlegungen als Mittel der Risikoselektion*

Bereits wenige Monate nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes erschienen erste Pressemeldungen über eine Zunahme von Verlegungen besonders behandlungsaufwändiger Patienten.³⁴ Das Thema beschäftigte 1993 nicht nur die Spitzenverbände der Krankenkassen und Krankenhausträger, sondern auch die Führung des Gesundheitsministeriums. In seiner Rede vor der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 14.12.1993 befasste sich Gesundheitsminister Seehofer mit dem Phänomen, forderte dazu auf „Namen zu nennen“ und kündigte gezielte Überprüfungen der Meldungen an (Seehofer, zit. n. Das Krankenhaus 1/1994: 13).

³⁴ Eine Auswahl der Meldungen bieten u. a. Simon 1996; Sollmann 1994.

3.4.2.1 Verlegungen in andere Krankenhäuser

Zwar nahm die Zahl der Pressemeldungen nach der ersten Welle Mitte 1993 deutlich ab, das Phänomen existiert aber offenbar weiterhin und wird in der Fachliteratur seit Jahren zum Teil auch unter euphemistischen Umschreibungen wie „Seehofer-Verlegungen“ (Montgomery 1996: 54), „Patiententourismus“ (Schmelzer 1996) oder „Patientinnentourismus“ (Krick/Balzer 1997: 125) diskutiert (vgl. auch Hansis 1997; Simon 1996; Wagner/Schmitt 1997; Ziegler/Hirner 1994). Exemplarisch hierzu die folgenden Ausführungen des Vorsitzenden des Marburger Bundes:

„Bereits sehr frühzeitig haben vor allem viele kleinere Krankenhäuser begonnen, die Behandlung schwerer und schwerster sowie 'teurer' Erkrankungen nicht mehr im eigenen Haus vorzunehmen, sondern dies Fälle an Kliniken einer höheren Versorgungsstufe abzugeben (Jargon: „Seehofer-Verlegungen“). Dies fängt bei Intensivpatienten an, die etwa zum Wochenende in die nahegelegene Universitätsklinik verlegt werden, und geht über Tumor-, insbesondere Leukämiepatienten bis hin zu AIDS-Kranken. Beispiel: Die Intensiv-Station der Chirurgischen Abteilung der Uniklinik Bonn meldete bereits nach den ersten Monaten des Jahres 1993 einen Anstieg der Zuweisungen von kleineren Kliniken aus dem Umland gegenüber 1992 um 49 %. Ein weiteres Beispiel: Die Fallzahl der Inneren Klinik der Medizinischen Hochschule Lüneburg hat in den ersten neuen Monaten 1993 um fast 20 % gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres zugenommen, darunter auffallend viele Tumorkranke“ (Montgomery 1996: 54).

Die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten bewirkte offenbar einen erneuten Schub. Im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung gaben ca. 27 % der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten und ca. 56 % der Hochschulkliniken an, dass sie nach 1996 mehr Verlegungen aus Krankenhäusern niedrigerer Versorgungsstufen erhielten (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 140). Da sich die Verlegung eines schwerkranken oder schwerverletzten Patienten in ein Krankenhaus der jeweils höheren Versorgungsstufe fast immer auch medizinisch begründen lässt, wird sich jedoch „im Einzelfall kaum nachweisen lassen, dass Kostengesichtspunkte bei der Verlegung eines Patienten eine Rolle gespielt haben“ (Ziegler/Hirner 1994: 105). Letztendlich weiß nur der verlegende Arzt, ob die Verlegung mit ehrlich gemeinten oder fadenscheinigen medizinischen Begründungen erfolgte.

Die Verschiebung kostenaufwändiger Patienten hat vielfältige Facetten, von denen an dieser Stelle nur einige anhand von Interviewpassagen oder Beispielen aus der Literatur aufgezeigt werden können.

Beispiel Kardiologie:

„Es gibt ein paar Kardiologien, die auch aufdehnen, die aber nicht finanziell das in entsprechend angemessener Weise vergütet bekommen, so dass sie... sollten sie riskante Aufdehnungen machen, so auch ins Minus rutschen würden. Solche Patienten – also die tatsächlich medizinisch problematisch als auch finanziell unter Umständen mit großer Belastung einher gehen würden – die haben wir hier schon, also aus zuweisenden Krankenhäusern“ (Arzt 09: 580/590).

Beispiel Unfallchirurgie:

„Also im großen Stil nicht. Und ich glaube, das trifft auch ein bisschen mehr für andere Disziplinen zu, nicht. Natürlich versuchen die Krankenhäuser außerhalb der Universitäten kostenintensive Patienten entweder nicht aufzunehmen oder weiterzuleiten oder zu verlegen, ja. In der Unfallchirurgie können wir das

nur vereinzelt sehen und das typische Beispiel dafür sind – sagen wir mal – die ganz großen Probleme mit Prothesenwechsellern, infizierten Prothesen im hohen Alter. Das sind Patienten, die multimorbid sind, ja, und die in der Regel länger liegen müssen, die zwar auch Fallpauschalen haben, die das aber alles nicht abdecken, nicht“ (Chefarzt 09: 294/308).

Beispiel Gynäkologie:

„... werden Patientinnen mit erhöhten Risiken (Alter, Begleiterkrankungen, Multimorbidität), bei denen ein nach Fallpauschale abzurechnender Eingriff ansteht, z. B. Gebärmutter- und Scheidensenkung mit Inkontinenz, zunehmend in andere Krankenhäuser verlegt“ (Krick/Balzer 1997: 127).

Beispiel Hämatologie:

„Besonders ärgerlich war die Versorgung von hämophilen Patienten (Blutern). 1993 gab es noch keine Einzelfallabrechnung und deren Versorgung war 1992 mit einem festen Betrag von 2,6 Mio. DM im allgemeinen Budget enthalten. Durch höhere Versorgungskosten für diese Patientengruppe entstand ein Verlust in Höhe von 1,5 Mio. DM. Um Budgetüberschreitungen zu vermeiden, wurden Patienten, die nicht aus dem Einzugsgebiet der Hochschule kamen, abgewiesen, beispielsweise auch mal ein Patient mit dem Hubschrauber nach (...) geflogen“ (Chefarzt 10: 141/153).

Beispiel Herzchirurgie:

„Wenn wir den Patienten meinetwegen schneller nach Hause schicken als der durchschnittliche Verlauf es würde berechnen lassen – worauf sich die Pauschale dann bezogen hat – dann ist es doch zwar unser Vorteil, weil wir weniger Geld ausgegeben haben und vergleichsweise hohe Einnahmen haben, also einen Gewinn gemacht haben, aber der Patient ist ja auch am besten dabei weggekommen, wenn er so schnell nach Hause hat gehen können oder so schnell, uns hat wieder verlassen können.

Es sei denn, dass auch das wieder missbraucht worden ist. Und das ist missbraucht worden! Das kann ich Ihnen sagen! Dass die herzchirurgischen Einrichtungen die Pauschale kassiert haben und nach fünf, sechs Tagen die Patienten in einem sehr schwerkranken Zustand irgendwohin weiter verlegt haben, wo dann weiter Kosten angefallen sind. Und das ist natürlich auch nicht in Ordnung.

Also die Unanständigkeit aller Beteiligten ist eben groß, weil das wahrscheinlich alles Menschen sind. Ich will nicht sagen, dass die Kassen immer nur diejenigen sind, die das falsch sehen. Sondern wir verhalten uns missbräuchlich, enorm. Das muss man so sehen“ (Chefarzt 04: 1424/1449).

Dass diese Art von ‘Zusammenarbeit’ bei Krankenhäusern, die herzchirurgische Patienten in sehr schlechtem Zustand übernehmen müssen, auf scharfe Kritik stößt, lässt die folgende Interviewpassage erkennen.

„Zusammenarbeit bei Fallpauschalenpatienten: Nur ein schönes Beispiel, auch wieder aktuelles Leben hier in (Name der Stadt, d. A.). Wir haben in (Name einer anderen Stadt, d. A.) ein Herzzentrum, die schickten uns einfach... steckten einen herzoperierten Patienten in einen Krankenwagen und schickten den zu uns. Wir hatten das Haus rappellvoll. Fallpauschale von... was ist das? 40.000 Mark, kassiert. Verlegen den zu uns. Und wir sind ja verpflichtet, nach Bundespflegesatzverordnung, im Rahmen einer Zusammenarbeit, die Fallpauschale aufzuteilen. Ne? Also wir dürfen ja dann nicht mit der Kasse abrechnen. So. Da haben die den in’ Krankenwagen gesteckt und hier hingeschickt.

Die Frau wollte den Mann besuchen, da war er schon weg. Hier musste der arme Kerl – das Haus war rappellvoll – mussten wir dem erst mal einen Platz suchen. Da kam er auf ein Drei- und Vierbettzimmer,

wurde dazu gelegt. War also eigentlich unzumutbar bei diesem herzoperierten Patienten. Da hab ich der Klinik in (Stadt, d. A.) gesagt: Hier wird kein Patient mehr... ich lehne es ab, dass hier ein Patient unter diesen Bedingungen – und vor allen Dingen unter den Bedingungen Aufteilung Fallpauschale – verlegt wird.

Dann wurde mir eine Vereinbarung vorgelegt, wie man die Fallpauschale aufteilt. Hochkompliziert. Ähnlich so wie ein Budget, dass man dann am Jahresende dann nachguckt, wie viel Belegungs- und Abrechnungstage man hatte, dass dann unter Umständen dann aus dem Brosamen, die wir dann aus der Fallpauschale von dort erhalten hätten, dass wir noch was zurückerstatten müssen. Hab ich gesagt: So nicht. Das ist für mich ein ganz klarer Grund, die Übernahme von herzoperierten Patienten hier abzulehnen. Und das ist dabei auch geblieben“ (Geschäftsführer 03: 1907/ 1944).

Da die frühzeitige Verlegung frisch operierter Fallpauschalenpatienten offensichtlich zu einem ernst zu nehmenden Problem geworden war³⁵, sah sich das Bundesministerium für Gesundheit 1997 gezwungen, darauf zu reagieren. Mit der fünften Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung wurden ab 1998 eine Reihe von Fallpauschalen in der Herzchirurgie und Orthopädie zwischen dem erstversorgenden und weiterbehandelnden Krankenhaus in eine A- und eine B-Pauschale aufgeteilt. Damit sollten die offensichtlich massiven Anreize zur Risikoselektion abgeschwächt werden. Das Grundproblem wurde durch diese Maßnahme aber offenbar nicht gelöst, denn die Krankenhausbefragung im Rahmen der Begleitforschung zur BpflV 1995 ergab, dass es weiterhin „immer wieder zu Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern bzw. bei Verlegungen des Patienten zu Abrechnungsproblemen zwischen den beteiligten Krankenhäusern“ kam (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 275).

Was die Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung betrifft, so dürfte es unzweifelhaft sein, dass eine zu frühe Verlegung nach einer Operation mit gesundheitlichen Risiken für den betroffenen Patienten verbunden ist. Aus einer frühzeitigen Verlegung von einem kleinen oder mittleren Krankenhaus in eine Klinik der Zentral- oder Maximalversorgung muss sich dagegen nicht zwingend eine Verschlechterung der Versorgungsqualität ergeben. Im Gegenteil: die frühzeitigere Verlegung eines schwerkranken Patienten in ein Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung kann für den betroffenen Patienten durchaus von Vorteil sein. Die aufnehmende Klinik kann beispielsweise über eine bessere sachliche und personelle Ausstattung und die dort tätigen Ärzte aufgrund höherer Fallzahlen über mehr Erfahrungen mit dem speziellen Krankheitsbild und den notwendigen Behandlungsformen verfügen. Es bleibt allerdings in jedem Fall der zusätzliche Transport zwischen den Krankenhäusern, der insbesondere für Schwerstkranke oder -verletzte ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko darstellt. Ist eine Verlegung medizinisch nicht notwendig und werden Patienten primär zum Zweck der Budgetentlastung verlegt, so werden sie einem medizinisch unnötigen Risiko ausgesetzt.

Die Zunahme der Verlegungen in Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufen führt aber auch unter einem weiteren Aspekt zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in der

³⁵ Vgl. hierzu u. a. auch die Darstellung bei Kolb 1997.

stationären Versorgung. Wenn Schwerstkranke, die durchaus auch in anderen Krankenhäusern medizinisch ausreichend hätten versorgt werden können, verstärkt in Unikliniken verlegt werden, blockieren sie dort Intensivbetten, die dann für die Versorgung der Fälle, die tatsächlich einer Maximalversorgung bedürfen, nicht zur Verfügung stehen (vgl. hierzu am Beispiel Ziegler/Hirner 1994: 104). Deren Übernahme muss dann von der Uniklinik mangels freier Kapazitäten verzögert – wenn nicht sogar abgelehnt – werden.

Darüber hinaus sind Unikliniken offenbar – als Reaktion auf die Zuweisungsstrategien anderer Krankenhäuser – bereits dazu übergegangen, Patienten zum Zweck der Entlastung ihres eigenen Budgets ebenfalls frühzeitiger zu verlegen.

„Das zweite ist, dass durch die Berechnungen der Fallpauschalen als Gesamtdurchschnitt die Universitätskliniken überall große Schwierigkeiten haben, mit diesen Fallpauschalen zurechtzukommen. Das heißt also, wir können nur bestehen, indem wir natürlich die Möglichkeiten des Gesundheitsstrukturgesetzes ganz knallhart ausnutzen, d. h. also die Patienten werden bei uns sehr früh verlegt. Mit den Fallpauschalen, d. h. immer nach der Wundheilung, damit wir so einigermaßen kostendeckend arbeiten können. Und insgesamt gesehen, ist natürlich diese ganze Situation, hat zu enormen Schwierigkeiten geführt“ (Chefarzt 09: 142/156).

„Zu einer allerletzten Strategie greifen vermehrt die Kliniken der Maximalversorgung, die massiv von den durch das GSG erzwungenen Kostenvermeidungsstrategien anderer Krankenhäuser negativ betroffen sind: Sie gehen dazu über, insbesondere Patienten mit Erkrankungen, deren Therapie besonders teuer ist (Stichwort: AIDS, Leukämie), an die Kliniken zurückzuweisen, von denen die Patienten geschickt wurden. Mit diese Gegenmaßnahme versuchen sie, die Kostenverschiebungstaktik der zuweisenden Kliniken zu durchkreuzen. Dies ist im übrigen kein erst gegen Ende des Jahres auftretendes Phänomen, sondern wird bereits zu Jahresanfang an den verschiedenen Kliniken praktiziert, so etwa, wenn Intensivpatienten zum Wochenende in Schwerpunktkliniken verlegt oder Unfallopfer nach Erstbehandlung an große Kliniken mit besser besetztem Nachtdienst verlegt werden sollen“ (Montgomery 1996: 55).

Die Frage, ob und in welchem Umfang dadurch die Qualität der Versorgung schwerstkranker und schwerstverletzter Patienten beeinträchtigt wird, kann nicht verlässlich beantwortet werden. Es wurden bislang keine diesbezüglichen Forschungsergebnisse veröffentlicht. Da Verlegungen für Schwerstkranke in jedem Fall eine schwere Belastung und eine ernst zu nehmendes gesundheitliches Risiko darstellen, gelten die oben stehenden Ausführungen allerdings nicht nur für Verlegungen in Krankenhäuser der Maximalversorgung, sondern auch für solche von Unikliniken in andere Krankenhäuser. Es dürfte in der Regel für einen Patienten deutlich günstiger sein, wenn er nicht sofort nach einer schweren Operation verlegt, sondern zunächst einige Tage bis zur Stabilisierung seines Zustandes im operierenden Krankenhaus verbleibt.

Zum Thema Patientenverlegungen bleibt noch zu ergänzen, dass der Anreiz zur Verschiebung von Behandlungen und Weiterverlegungen natürlich nur bei solchen Behandlungsfällen auftrat, deren Behandlungskosten von einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem Sozialhilfeträger übernommen wurden. Da Wahlleistungspatienten außerhalb des gedeckelten Budgets versorgt werden und zudem Mehrleistungen von den liquidationsberechtigten Ärzten ohne Budgetgrenze in Rechnung gestellt werden können, waren und sind Privatpatienten nicht dem Risiko der Abschiebung in ein anderes Krankenhaus ausgesetzt.

3.4.2.2 Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen

Als Folge der Einführung von Fallpauschalen kam es auch zu einer deutlichen Zunahme frühzeitiger Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung gaben ca. 23 % der befragten Krankenhäuser an, Patienten früher in Rehabilitationsreinrichtungen zu verlegen. Vor allem Krankenhäuser mit 100-300 Betten machten ab 1996 von dieser Möglichkeit verstärkt Gebrauch (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 139). Die direkte Verlegung in die Rehabilitation wurde nicht selten auch als „Umgehungsstrategie“ (Kolb 1997: 254) insbesondere in der Herzchirurgie benutzt, um Fallpauschalen nicht mit einem weiterbehandelnden Akutkrankenhaus teilen zu müssen (Bimmel 1997: 96).

In Interviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes auch im Rehabilitationsbereich geführt wurden, fanden sich ebenfalls Hinweise auf diese Kostenreduzierungsstrategie.

„Also, wenn es zu früh ist, ist es nur deswegen zu früh, dass die ihre Fallpauschale noch im positiven Bereich erhalten, das ist ganz klar“ (Arzt 10: 1112/1114).

„Ja, das merken wir, dass die Patienten immer früher verlegt werden, also in der Form schon, das merken wir schon, dass die Patienten... Wie gesagt, bei uns war eigentlich Bedingung für eine Übernahme von Patienten, dass die mindestens an drei Therapieeinheiten am Tag mit einer halben Stunde teilnehmen können. Und oft kommen die Patienten und sind gar nicht mobilisiert, das heißt, dass wir die Frühmobilisation erst einmal leisten müssen“ (Pflegerkraft 10: 1180/1188).

Eine frühzeitige Verlegung in die Rehabilitation ist vor allem dann mit gesundheitlichen Risiken für einen Patienten verbunden, wenn der Patient noch nicht rehabilitationsfähig ist und die Einrichtung nicht über die erforderlichen Versorgungskapazitäten für eine noch notwendige akutmedizinische Versorgung verfügt (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 139). Als die Verlegungswelle 1996 einsetzte, waren Rehabilitationseinrichtungen in der Regel nicht auf die Versorgung von Akutpatienten eingerichtet.

Dennoch aber wurden diese Patienten – wie auch in dem obenstehenden Beispiel deutlich wird – von vielen Rehabilitationseinrichtungen übernommen, da die Frühverlegungen genau in der Phase massiver Kürzungen und Schließungen im Rehabereich durch die Dritte Stufe der Gesundheitsreform erfolgten. Rehaeinrichtungen waren vielfach offenbar gern bereit, Patienten auch in einem noch nicht rehabilitationsfähigen Zustand zu übernehmen, um so ihre durch Kürzungen der Rentenversicherung hervorgerufenen Belegungseinbrüche auszugleichen. Die existenzielle Not veranlasste einige Rehaeinrichtungen anscheinend sogar dazu, im Akutkrankenhausbereich um die Verlegung von Patienten zu werben.

„Die Rehakliniken. Überall wird man bestürmt, Patienten einzulegen, weil die alle zu kämpfen haben, Patienten zu bekommen. Wir haben uns aber da in unserer Verlegungstaktik nicht verändert. Wir haben unsere Kliniken, wo unsere Patienten immer gut versorgt werden und das läuft auch weiter so“ (Chefarzt 09: 879/885).

4 Schlussbetrachtung

Die gewandelten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser haben in den 90er Jahren vielfältige Veränderungsprozesse in Krankenhäusern ausgelöst. Zum einen sind zahlreiche positive Veränderungen zu verzeichnen, wie beispielsweise die Verbesserung der internen Ablauforganisation, die Einführung eines internen Qualitätsmanagements oder Ansätze zu einer verbesserten sektorübergreifenden Kooperation und Patientenversorgung. Zum anderen sind aber auch eine Reihe sehr problematischer Entwicklungen zu beobachten, deren bedeutendste dürfte die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen sein. Unter dem Eindruck der Budgetdeckelung und Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten wurden Entscheidungen über die Aufnahme, Versorgung und Verlegung bzw. Entlassung von Patienten zunehmend von ökonomischen Kalkülen durchdrungen. In relevanten Teilbereichen hat dies offenbar bereits dazu geführt, dass medizinisch-pflegerische Versorgungsziele von ökonomischen Zielen des jeweiligen Krankenhauses überlagert werden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Erscheinungsformen einer Ökonomisierung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen festgestellt:

- die Verweigerung oder Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, beispielsweise wenn das Budget 'erschöpft' oder absehbar ist, dass die Behandlungskosten für einen Patienten sehr hoch sein werden;
- die Verweigerung der Übernahme oder die Abschiebung von Notfallpatienten, wenn durch ihre Versorgung der Budgeterfolg des aufnehmenden Krankenhauses gefährdet erscheint;
- die Einbestellung von Patienten nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach Art der zu erzielenden Vergütung, beispielsweise wenn zeitweilig nur Fallpauschalen einer bestimmten Sorte einbestellt werden, um die durch die Budgetvereinbarung vorgegebene Menge zu erreichen;
- die kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten zum Zweck der Aufspaltung einer Krankenhausbehandlung in mehrere Episoden, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden können;
- die Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere oder zusätzliche Vergütungen zu erzielen sind und es mit einer plausiblen medizinischen Indikationsstellung begründet werden kann;
- der Einsatz suboptimaler Verfahren und Materialien, wenn dadurch Kostenunterdeckungen vermieden oder Überschüsse erzielt werden können;
- die medizinisch nicht notwendige Verlegung auf eine Intensivstation, weil dadurch höhere Pflegesatzeinnahmen zu erreichen sind;
- die Verlängerung der Verweildauer aus wirtschaftlichen Gründen, beispielsweise wenn Abteilungspflegesatzpatienten zur Kompensation von Verweildauerrückgängen im Fallpauschalenbereich länger liegen gelassen werden;

- die Weiterverlegung von Patienten in andere Krankenhäuser, wenn absehbar ist, dass ihre Versorgung sehr hohe Kosten verursachen wird;
- die vorzeitige Entlassung von Patienten, um Behandlungskosten zu sparen;
- die Verlegung von Fallpauschalenpatienten in noch nicht rehabilitationsfähigem Zustand in eine Rehabilitationseinrichtung, um Behandlungskosten auszulagern und Überschüsse zu erzielen.

Die vorliegende Untersuchung erlaubt zwar keine Aussage über den Umfang der festgestellten Veränderungen, vieles spricht jedoch dafür, dass es sich bei den im Rahmen der Interviews ermittelten Veränderungen nicht nur um vereinzelte und zu vernachlässigende Randscheinungen handelt. Zu zahlreich sind die seit 1993 zu verzeichnenden Hinweise auf die Überlagerung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle, nicht nur in der Presse, sondern auch in der Fachliteratur des Krankenhausbereichs und Forschungsprojekten, als dass man sie mit der Bemerkung beiseite schieben könne, sie hätten lediglich „anekdotische Evidenz“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 149).

Gemeinsam ist den oben angesprochenen Handlungsstrategien, dass sich Versorgungsentscheidungen nicht primär am Wohl des einzelnen Patienten orientieren, sondern in erster Linie an der Erreichung wirtschaftlicher Ziele des jeweiligen Krankenhauses. Sicherlich erfolgen die betreffenden Entscheidungen vielfach auch auf Grundlage der Annahme, dass dies nicht zu Beeinträchtigungen oder Schädigungen der Gesundheit der betroffenen Patienten führt. Nicht selten werden solche Beeinträchtigungen aber offenbar auch ‘billigend in Kauf genommen’, beispielsweise wenn über mögliche Schädigungen – und sei es auch nur die Verlängerung einer Leidenszeit durch die Verschiebung einer notwendigen Operation – nicht weiter nachgedacht oder in diese Richtung gehende Gedanken verdrängt werden.

In vielen Interviews kam jedoch das Bewusstsein, mit primär an ökonomischen Zielen des Krankenhauses orientierten Versorgungsentscheidungen gegen die Interessen von Patienten zu verstoßen, sehr wohl zum Ausdruck. Dabei wurde allerdings häufig zugleich auch auf einen aus Sicht der Befragten hervorgerufenen intrapersonalen Konflikt hingewiesen: Wer sich unter den Bedingungen prospektiver Finanzierung moralisch verhält und das Patientenwohl oben anstellt, läuft Gefahr, dadurch wirtschaftliche Nachteile zu erleiden.

„Das ist also das Problem, dass wir wirklich natürlich immer genau wissen, wie liegen wir, wie viele Pflagestage oder Berechnungstage haben wir zu viel oder zu wenig. Wo können wir was ein bisschen abkürzen, was ist... das hat ein bisschen einen absurden Charakter das Ganze, nur eben... ich meine, die jungen Kollegen, die kennen das gar nicht mehr anders, früher hatte man sozusagen immer als erstes geguckt, was ist für den Patienten wichtig. Und das kann man... also wenn man das heute nur noch so machen würde, dann... dann würde man sich selbst sehr schaden. Das ist ein Aspekt, der einem auch Bauchschmerzen bereitet“ (Chefarzt 03: 450/464).

„Wissen Sie, was da – denk’ ich – in Deutschland immer wieder passiert, wogegen ich mich schon wehre, ist: Weil die Leute, die es jetzt versuchen eigentlich vernünftig zu machen, und sagen: O.k., das mach’ ich

so, wie ich's auch bei meinem Vater machen würde, die werden mit den Regelungen, die in Deutschland eingeführt wurden, bestraft. Das ist das Schlimme. Ja? Das ist das Schlimme“ (Chefarzt 08: 1011/1019).

Vom überwiegenden Teil der Interviewten wurde der Konflikt – soweit er angesprochen wurde – als Belastung empfunden. Ein Teil der Beteiligten schien aber bereits die Imperative der Ökonomisierung so weit verinnerlicht zu haben, dass sie als legitime Handlungsorientierung erschienen, beispielsweise wenn – wie im nachfolgenden Interviewauszug – die Bereitschaft zur Risikoselektion signalisiert wird und lediglich geklagt wird, dass die Datenlage hierfür noch nicht ausreichend sei.

„Da fehlt bei uns z. B. die Rückmeldung mit der Verwaltung. Wir wissen überhaupt nicht, was wie abgerechnet wird und was wie viel einbringt (...) Also wir wissen z. B. nicht, ob es günstiger ist, einen Patienten aufzunehmen oder ihn wegzuschicken“ (Arzt 11: 297/311).

Hauptsächlich 'Einfallstor' der Ökonomisierung in ärztlich-pflegerische Handlungsorientierungen scheint die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen positivem Budgetergebnis des Krankenhauses und Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes zu sein.

„Ich habe die Interessen des Hauses großzügig vertreten. Andere würden sagen: Ich sehe das nicht ein, ich bin Arzt und kein Verwaltungsmensch. Das ist bei Ärzten... es gibt natürlich viele Ärzte, die so aus überkommener Sicht der Dinge: Ich bin Arzt, mich interessiert das Geld nicht... aber ich gehöre schon zu denen, die das frühzeitig akzeptiert haben als... ist ja unsere Lebensgrundlage auch“ (Arzt 03: 568/578).

Durch öffentliche Diskussionen und Meldungen über Bettenabbau, Stellenabbau, Verkauf von Krankenhäusern oder geplante Krankenhausschließungen erhielt die Befürchtung, durch Nichtbeachtung ökonomischer Ziele die wirtschaftliche Existenz des Krankenhauses und dadurch letztlich auch den eigenen Arbeitsplatz zu gefährden, immer wieder neue Nahrung. Arbeitsplatzunsicherheit ist seit 1993 eines der prägenden Merkmale der Organisationskultur deutscher Krankenhäuser. Bis 1993 waren fast ausschließlich nur die traditionellen sogenannten 'Lohnempfängerbereiche' wie Küche und Wäscherei von Arbeitsplatzverlust bedroht. Nach Inkrafttreten der Budgetdeckelung ergriff die Verunsicherung zunehmend auch andere Bereiche, wie beispielsweise Labor- und Röntgenabteilungen, und seit 1996 sind auch der ärztliche Dienst und der Pflegedienst einer zunehmenden Arbeitsplatzunsicherheit ausgesetzt.

In den ersten Jahren der Deckelung wurden im ärztlichen und pflegerischen Dienst noch Stellenpläne ausgeweitet. Nach Inkrafttreten des Stabilisierungsgesetzes 1996 und verstärkt im Gefolge des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes gingen Krankenhäuser dazu über, auch in diesen Bereichen Personal zu reduzieren.

Von den im Rahmen der Begleitforschung zur BpflV befragten Krankenhäusern gaben ca. 41 % an, 1997 Stellen im ärztlichen Dienst und 64 % im Pflegedienst zeitweise nicht wiederbesetzt zu haben, und ca. 17 % der Krankenhäuser hatten Stellen im ärztlichen Dienst bzw. ca. 50 % im Pflegedienst abgebaut (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 157-161). Zur Verunsicherung der Beschäftigten trug ebenfalls bei, dass zunehmend unbefristete Stellen in befristete umgewandelt und vermehrt Leistungen des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes ausgelagert wurden. Diese Maßnahmen waren geeignet, den Eindruck einer Bedrohung der wirt-

schaftlichen Existenz des Krankenhauses und damit auch des eigenen Arbeitsplatzes entstehen zu lassen.

Bei den im vorliegenden Papier dargestellten Veränderungen ärztlich-pflegerischer Handlungsorientierungen handelt es sich nicht um ein Fehlverhalten lediglich einzelner Ärzte oder Pflegekräfte, sondern um Erscheinungsformen struktureller Veränderungen im Krankenhaus, die auf eine Umkehr der Zweck-Mittel-Relation in der Institution Krankenhaus zusteuern. Bereits heute ist in Teilbereichen des Krankenhausbereiches Geld nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken ist Mittel zum Zweck der Erzielung von Einnahmen.

Die Umkehr der Zweck-Mittel-Relation lässt es Beteiligten letztlich legitim erscheinen, gegen das Wohl eines Patienten zu verstoßen, wenn es für das wirtschaftliche Wohl des Unternehmens erforderlich scheint. Art und Umfang der Versorgung eines Patienten hat sich der immanenten Logik dieses Veränderungsprozesses zufolge nicht mehr primär nach medizinisch-pflegerischen Handlungsnormen zu richten, sondern nach dem aus seiner Behandlung zu erzielenden „Einzeldeckungsbeitrag“ zum „Gesamtdeckungsbeitrag“ des Dienstleistungsunternehmens Krankenhaus.³⁶ Und wenn dieser Beitrag nicht positiv, sondern negativ ausfällt, verlangt die immanente Logik letztlich auch nach Einstellung der Dienstleistung.

„Das heißt, wir werden auch gewisse Dinge nicht mehr erbringen können. Es ist so. Wie ein normales Dienstleistungsunternehmen, wenn die eine Seite nicht gewillt ist, was zu bezahlen, dann gibt es auch nichts“ (Geschäftsführer 01: 471/475).

Wenn Versorgungsentscheidungen sich nicht primär am Wohl des Patienten, sondern an wirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses orientieren, erfolgt dies bis auf sehr wenige Ausnahmen nicht offen, sondern verdeckt, oder – wie es in Interviews formuliert wurde – „das findet intern lautlos statt, und jedes Krankenhaus muss da seinen eigenen Weg finden, wie es vertretbar ist“ (Experten 01/02: 1733/1736), denn wichtig ist, „dass es von außen nicht gemerkt wird“ (Chefarzt 10/Ärztlicher Direktor: 135/136). Verdeckt werden kann eine primär an ökonomischen Zielen orientierte Entscheidung hinter medizinischen Argumenten, deren Fadenscheinigkeit von außen nur sehr schwer nachweisbar ist.

„Ja, man darf sagen – man muss schon mal übertreiben, um das zu verdeutlichen – dass ich zu einer Art von Medizinalbeamten gemacht worden bin, und dass ich ... dass ich gezwungen bin, Punktlandung zu machen unter letztendlich... unter einer bestimmten Form der Beugung medizinischer Sachverhalte, und unter Inkaufnahme von dem, was man so als medizinisches Unrecht bezeichnen darf, das ist leider so zu formulieren. Also ich muss mir überlegen, ob ich nicht doch mit – in Anführungsstrichen – fadenscheinigen ‘medizinischen’ Überlegungen bestimmte Patienten ablehne, was man nur als wirklich tief Eingeweihter mitbekommt, einer bestimmten Form von Rationierung entspricht und nicht mehr nur aufgrund von reinen, glasharten, medizinischen Kriterien ausgesprochen wird. Also ich bin gezwungen, zu rationieren“ (Chefarzt 04: 384/402).

³⁶ Vgl. hierzu beispielhaft Schmelzer/Klask 1995.

Die aufgezeigten Veränderungen sind keineswegs nur auf eine bestimmte Trägergruppe beschränkt oder in einer Krankenhausgruppe besonders häufig anzutreffen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sprechen dafür, dass das Ausmaß der Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen weniger von der Trägerschaft als vielmehr von der Rechtsform, dem Entwicklungsgrad des betrieblichen Informations- und Rechnungswesens und vor allem von Managementkonzeptionen und Werthaltungen der Führungskräfte beeinflusst wird.

Dem Krankenhausmanagement scheint eine besondere Bedeutung für die gegenwärtigen Veränderungsprozesse in Krankenhäusern zuzukommen. Es sind vor allem die Krankenhausleitungen und die ärztlichen Abteilungsleitungen, die externe Entwicklungen in krankenhauserne Veränderungen übersetzen und darüber die internen Umwelten für unmittelbar patientenbezogene Entscheidungen gestalten. Und diese Übersetzung externer Veränderungen in interne Rahmensetzungen für ärztlich-pflegerisches Handeln fällt in deutschen Krankenhäusern offenbar insbesondere in Abhängigkeit von den jeweiligen Wertorientierungen des Managements unterschiedlich aus. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung waren Varianzen beispielsweise darin feststellbar, wie strikt eine interne Budgetierung durchgeführt wurde und wie weit gehend über die medizinisch Leistungssteuerung versucht wurde, ärztliche Entscheidungen zu beeinflussen und auf wirtschaftliche Ziele des Krankenhauses auszurichten.

Es wäre folglich zu kurz gegriffen, wollte man die gegenwärtigen Veränderungsprozesse in Krankenhäusern ausschließlich den Änderungen der Krankenhausfinanzierung zurechnen. Dennoch aber kommt den Neuregelungen der Krankenhausfinanzierungsrechts natürlich eine überragende Bedeutung zu. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung scheinen sich vor allem die folgenden Regelungskomplexe negativ auf die stationäre Krankenversorgung ausgewirkt zu haben:

- die Vorgabe einer Budgetbegrenzung unabhängig von der Entwicklung des medizinischen Leistungsgeschehens, da hierdurch die Versorgung zusätzlicher Patienten oder besonders schwerer Fälle für das einzelne Krankenhaus oder die einzelne Abteilung zu einem wirtschaftlichen Risiko wurde,
- die Einführung pauschalierter Entgelte, insbesondere von Fallpauschalen, da sie zumindest in relevanten Teilbereichen dazu führten, dass einzelfallbezogene Versorgungsentscheidungen sich an Kosten-Erlös-Gesichtspunkten orientierten,
- die Beschränkung der Zuordnungsmerkmale zu Fallpauschalen und Sonderentgelten auf Hauptdiagnose und Hauptleistung, da wesentliche Kosteneinflussfaktoren wie beispielsweise Alter und Nebendiagnosen nicht berücksichtigt wurden und dadurch Risikoselektion gefördert wurde,
- die Überbewertung einzelner Fallpauschalen und Sonderentgelte, da sie Anreize zur Indikationsausweitung und Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen setzte,
- die Vorgabe von Mengenbegrenzungen für Fallpauschalen und Sonderentgelte, da sie Krankenhäuser zur Mengensteuerung und entgeltorientierten Einbestellung und Entlassung von Patienten veranlassten.

Von den genannten Regelungen ging allerdings kein unmittelbarer Zwang zur Ökonomi patientenbezogener Entscheidungen aus, und die Letztverantwortung für ärztliches Handeln kann den betreffenden Ärzten nicht abgenommen werden. Wenn Ärzte dennoch den Eindruck hatten, sie seien „gezwungen, zu rationieren“ (Chefarzt 04: 402), so dürfte dies vor allem auf die Vermittlung ökonomischer Zusammenhänge durch Verbandsexperten, Fachzeitschriftenbeiträge und Krankenhausmanagement zurückzuführen sein. Neuregelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts wurden vielfach als existenzielle Bedrohung der Krankenhäuser dargestellt, der man nur mit einer konsequenten Ausrichtung des Krankenhauses auf wirtschaftliche Ziele entgehen könne. Das tatsächliche Gefährdungspotenzial der Umweltveränderungen wurde von Teilen des Krankenhausmanagements offenbar entweder überschätzt oder aber auch bewusst überzeichnet, um strategische Ziele innerhalb des Krankenhauses besser durchsetzen zu können.³⁷ Anders scheint der offensichtliche Widerspruch zwischen düsteren Zukunftsprognosen und realer wirtschaftlicher Situation vieler Krankenhäuser kaum auflösbar.

Trotz der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz und ihrer Verschärfung durch die Dritte Stufe der Gesundheitsreform erfolgte im Zeitraum von 1992 bis 1997 eine deutliche Ausweitung des volkswirtschaftlichen Aufwandes für Krankenhäuser. In Westdeutschland stieg der Anteil der Gesamtaufwendungen für Krankenhäuser von 2,8 % des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 1992 kontinuierlich bis auf 3,35 % im Jahr 1997, in Ostdeutschland von 4,25 % auf 4,7 %. Da im gleichen Zeitraum zahlreiche Krankenhäuser geschlossen und Betten abgebaut wurden, ist festzuhalten, dass 1997 insgesamt deutlich mehr Geld für eine geringere Zahl von Krankenhäusern bereitgestellt wurde.

Wesentlichen Anteil daran dürften die zahlreichen Ausnahmeregelungen von einer strikten Deckelung haben, die Krankenhäuser vielfach erfolgreich in Anspruch nahmen (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 269). Das Wissen um diese Regelungen und vor allem deren finanzielle Wirkungen blieb aber weitgehend nur den jeweiligen Krankenhausleitungen vorbehalten. Sie setzten Überschüsse offenbar vor allem für die Eigenfinanzierung strategischer Investitionen ein, mit denen mittel- und langfristige Vorteile im Wettbewerb um bestimmte Patientengruppen angestrebt wurden, so beispielsweise für den Bau eines Ärztehauses am Krankenhaus oder die Renovierung von Privatstationen.

Warum angesichts der in zahlreichen Krankenhäusern offenbar relativ guten wirtschaftlichen Jahresergebnisse – auch nach Angaben der „überwältigenden Mehrheit“ der Krankenhausleitungen – der „Druck auf die Krankenhausmitarbeiter bzw. die Arbeitsintensität erhöht“ (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 273) wurde, ist eine der Fragen, die sich aus der Auswertung der Daten ergibt und in erster Linie an Krankenhausleitungen, aber auch an die Verbände der Krankenhausträger zu stellen ist. Angesichts des höheren gesamtwirtschaftlichen Aufwandes für Krankenhäuser erscheint beispielsweise die Notwendigkeit zum Personalabbau nicht ohne weiteres nachvollziehbar.

³⁷ Dieser Eindruck entstand beispielsweise durch Äußerungen wie die folgende: „Mir kam er natürlich zurecht, der äußere Druck. Sie konnten Anfang der 90er Jahre mit Leuten über Kosten kaum reden „ (Geschäftsführer 01: 386/388).

Aus den Ergebnissen der vorgelegten Untersuchung lässt sich für eine Reihe von Bereichen folgender Handlungsbedarf ableiten.

- *Flexibilisierung der Budgetdeckelung:* Eine strikte Begrenzung der Budgetsteigerungen ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Leistungsentwicklung führt offensichtlich zu sehr problematischen Entwicklungen in der Patientenversorgung. Zukünftige Formen der Budgetierung im Krankenhausbereich sollten flexibler auf tatsächlich eingetretene Veränderungen insbesondere der Fallzahl und des tatsächlichen Behandlungsaufwandes reagieren. Die in der vorliegenden Untersuchung festgestellten Veränderungen lassen eine zumindest teilweise Rückkehr zur retrospektiven Erstattung tatsächlicher Behandlungskosten als sinnvoll erscheinen. Eine strikte prospektive Finanzierung, die das Morbiditätsrisiko vollständig auf die Krankenhäuser verlagert, ist mit zu hohen Risiken für die Patientenversorgung verbunden.
- *Überdenken der geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem:* Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde dem Krankenhausbereich die Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem auf Grundlage von DRGs vorgegeben. In Anbetracht der Veränderungen, die bereits unter dem derzeitigen System zu beobachten sind, erscheint ein grundsätzliches Überdenken der geplanten Umstellung angebracht.
- *Einbeziehung der Ökonomisierung in die externe und interne Qualitätssicherung:* Die im Krankenhausbereich eingesetzten Verfahren der Qualitätssicherung und Konzepte des Qualitätsmanagements sollten daraufhin überprüft werden, ob und inwieweit sie in der Lage sind, die verschiedenen Formen einer Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen zu erfassen. Qualitätsmanagementkonzepte sollten um die entsprechenden Dimensionen erweitert werden und dürften nicht mehr an den Grenzen des Krankenhauses haltmachen, sondern sollten sektorübergreifend Versorgungsprozesse in den Blick nehmen.
- *Diskurs über ethische Prinzipien eines 'guten' Krankenhausmanagements:* Angesichts der besonderen Verantwortung des Krankenhausmanagements für die Entwicklung der Versorgungsqualität erscheint ein Diskurs über Prinzipien eines 'guten' Krankenhausmanagements notwendig, das sich nicht primär an der Erreichung wirtschaftlicher Ziele, sondern in erster Linie an der Erreichung qualitativer Versorgungsziele messen lassen will.
- *Diskurs über das Verhältnis von ökonomischen zu medizinisch-pflegerischen Zielen:* Insgesamt erscheint es an der Zeit, im Krankenhausbereich eine berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Diskussion über das Verhältnis von ökonomischen zu medizinisch-pflegerischen Zielen zu führen. Die vielfach insbesondere in der Gesundheitspolitik vertretene Auffassung, ökonomische und medizinische Ziele stünden grundsätzlich nicht im Widerspruch und seien problemlos miteinander zu vereinbaren, verkennt die real existierenden Konflikte und Handlungsprobleme. Es gilt moralische Grundüberzeugungen und Berufsethiken zu prüfen, ob sie Orientierungshilfen für den Krankenhausalltag bieten können, und ärztlich-pflegerische Handlungsnormen zu entwickeln, die dem Primat der

Patientenorientierung Geltung verschaffen können ohne Effizienzgesichtspunkte zu ignorieren.

- *Ausbau der Versorgungsforschung:* Um Veränderungsprozesse abbilden und Externalisierungen sowie Auswirkungen geänderter Therapiestandards im Längsschnitt und sektorübergreifend systematisch erfassen zu können, sollte eine fortlaufende und sektorübergreifende wissenschaftliche Beobachtung der Krankenversorgung etabliert werden.

Abschließend bleibt noch festzustellen, dass die Ergebnisse unseres Forschungsprojektes dringenden kurzfristigen Forschungsbedarf im Bereich der Versorgungsforschung anzeigen, insbesondere in bezug auf die Frage, in wie weit die in der Krankenhausstatistik des Bundes ausgewiesenen massiven Zunahmen von Operationshäufigkeiten tatsächliche Veränderungen in den Krankenhäusern abbilden oder lediglich statistische Artefakte darstellen. Auch eine wissenschaftliche Beobachtung der Entwicklungen im Bereich der Notfallversorgung erscheint uns dringend geboten.

5 Literaturverzeichnis

- Achner, Stefan (1996): Auswirkungen der Bundespflegesatzverordnung im Krankenhausbereich, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Finanzielle Steuerung im Gesundheitswesen, Bonn, S. 19-27
- Arnold, Michael (1992): Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 61, Heft 5, S. 344-347.
- Arnold, Michael/Straub, Christoph (1993): Krankenhaus 2000, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 1, S. 14-21.
- Bimmel, Dieter (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus herzchirurgischer Sicht, in: Goergen, Holger et al. (Hrsg.): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht, Köln: Ärzte Verlag, S. 91-100.
- Blech, Jörg (1998): Die heimliche Selektion. Wen sollen Ärzte behandeln, wenn das Geld nicht für alle reicht? Ein Blick hinter die Kulissen, in: DIE ZEIT, 12.02.1998, S. 27.
- Breitmeier, Ingo (1995): Einführung in das Pflegesatzrecht. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Bruckenberger, Ernst (1994a): Auswirkungen des GSG auf die stationäre Versorgung älterer und chronisch Kranker, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 3, S. 115-121.
- Brökelmann, J. (1997): Aufruf, in: Info des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e.V., Jg. Heft IV, S. 2.
- Bundesministerium für Gesundheit (1995): Leitfaden zur Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß Bundespflegesatzverordnung 1995, Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit (2000): Operationshäufigkeiten in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung, Baden-Baden: Nomos.
- Buszello, Heinz/Müller, Stefan (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus urologischer Sicht, in: Goergen, Holger et al. (Hrsg.): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht, Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 113-118.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992a): Grundsätze für die Organisation der Krankenhausführung, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 5, S. 238-242.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992b): Deckelung der Krankenhausbudgets führt zu Leistungseinschränkungen und zur Minderung der Versorgungsqualität. DKG-Statement bei der Sondersitzung der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992 in Bonn, in: Das Krankenhaus, Jg. 1992, Heft 7, S. 319-325.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992c): Hinweise zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen in den alten Bundesländern für 1992, in: Das Krankenhaus, Jg. 84, Heft 8, S. Redaktionsbeilage.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993a): Hinweise der DKG zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1993 sowie zur Umsetzung des Gesundheits-Strukturgesetzes, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 3, S. Redaktionsbeilage.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993b): Krankenhaus-Controlling bei gedecktem Budget. Leistungsplanung, Kostenplanung, Erlösplanung. Vorläufige Hinweise der DKG zur Budgetüberwachung während der Budgetdeckelungsphase 1993 bis 1995, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 4, S. 159-162.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993c): Grundsatzpositionen und Hinweise der DKG zur Internen Budgetierung, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 8, S. Redaktionsbeilage.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1999): Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: April 1999, Düsseldorf: DKG.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft/Spitzenverbände der GKV (1995): Gemeinsame Erklärung von DKG und GKV-Spitzenverbänden zur Begleitforschung zur BpflV 1995, in: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 1, S. 8-10.
- DKI/InfraTest (1997): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Erster Zwischenbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit: Düsseldorf; München.
- DKI/I+G Gesundheitsforschung (1999): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlussbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Deutsches Krankenhausinstitut: Düsseldorf.
- Düllings, Josef (1995): DKG-Umfrage zur Leistungsentwicklung im Krankenhaus 1993-1996: Fallzahlanstieg, Zunahme der neuen Behandlungsformen, personelle Verzahnung ohne Perspektiven, in: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 11, S. 523-527.
- Eichhorn, Siegfried (1993): Zur Problematik fallpauschalierter Krankenhausergelte, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 10, Heft 2, S. 117-132.
- Eichhorn, Siegfried (1996): Erfolgreiches Management braucht ein prozeßorientiertes Controlling. Arbeitsprozesse müssen patientengerichtet harmonisiert und koordiniert werden, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 65, Heft 3, S. 174-182.
- Enders, Peter (1997): Auch bei Medizinern muß das Kostenbewußtsein geweckt werden. Stand und Entwicklungstrends des Krankenhaus-Controllings, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 66, Heft 4, S. 268-271.
- Fack-Asmuth, Werner (1993): Über Wasser halten in rauher See. Krankenhäuser stehen vor größter Herausforderung. Vortrag anlässlich der VKD-Versammlung 1993, in: Krankenhaus Umschau Jg. 62, Heft 8, S. 742-746
- Feierabend, Lutz (1997): Rettungstourismus zwischen Leben und Tod. Ärzte klagen: Krankenhäuser nehmen ins immer häufiger Notfälle nicht ab – In der Region fehlen Intensivpflegebetten, in: General Anzeiger, 14.7.1997.
- Feuerstein, Günter/Badura, Bernhard (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Fiedler, Eckart (1996): Auswirkungen der Bundespflegesatzverordnung aus Sicht der Krankenkassen, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Finanzielle Steuerung im Gesundheitswesen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 29-42.
- Goergen, Holger et al. (Hrsg.) (1997): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Haack, Hansjörg (1993): Eigenverantwortlich und effizient – die kommunale Krankenhaus-GmbH, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 62, Heft 11, S. 974-978.
- Hansis, Martin (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus unfallchirurgischer Sicht, in: Goergen, Holger et al. (Hrsg.): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht, Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 75-81.
- Helmig, Bernd (1994): Outsourcing. Ein Mittel zur Ausschöpfung von Kostensenkungspotential im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 11, Heft 5, S. 380-386.
- Henning, Sven (1998): Out- and Insourcing im Krankenhaus: Potentiale und entscheidungsunterstützende Verfahren, Nürnberg: Forschungsgruppe Medizinökonomie am Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre und Operations Research der Universität Erlangen-Nürnberg.

- Hentze, Joachim et al. (1998): Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, Stuttgart: Kohlhammer.
- Herbold, Wilhelm et al. (1995): Umsetzungsschritte zur BpflV 1995, in: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 5, S. 225-229.
- Hildebrand, Rolf (1995): „Outsourcing“ – ja, aber..., in: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 4, Redaktionsbeilage.
- Hoffmann, Hermann (1996): Die Stellung des leitenden Arztes im deutschen Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, Jg. 88, Heft 10, S. 502-508.
- Jeschke, Horst A./Hailer, Bettina (1995): Outsourcing im Klinikbereich. Fremdvergabe krankenhausspezifischer Leistungen. Kulmbach: Baumann Fachzeitschriftenverlag.
- Knorr, Karl-Ernst/Wernick, Jens (1991): Rechtsformen der Krankenhäuser. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Kolb, Thomas (1997): Kooperation bei der Erbringung von Fallpauschalenleistungen, in: Das Krankenhaus, Jg. 89, Heft 5, S. 254-257.
- Krick, Matthias/Balzer, Jörg (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus gynäkologischer und geburtshilflicher Sicht, in: Goergen, Holger et al. (Hrsg.): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 119-133.
- Kuhlmann, Ellen (1997): Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: Feuerstein, Günter (Hrsg.): Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen, Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, S. 1-75.
- Kühn, Hagen (1992): Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den „rentablen Patienten“?, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 61, Heft 1, S. 25-28.
- Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg. 24, S. 145-160.
- Luithlen, Eberhard/Tuschen, Karl-Heinz (1989): Weiterentwicklung des Entgeltsystems der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, Jg. 81, Heft 4, S. 151-156.
- Menze, Thomas/Michels, Ralf (1996): Controlling-Instrumente im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 13, Heft 3, S. 200-206.
- Montgomery, Frank Ulrich (1996): Die Bundespflegesatzverordnung – Folgen für die Krankenhäuser und Struktur des ärztlichen Dienstes, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Finanzielle Steuerung im Gesundheitswesen Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 43-56
- Müller, Alexander (1993): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhausversorgung in Hessen, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 11, S. 502-507.
- Obst, Dietrich (1994): Die Bewertung des neuen Pflegesatzrechts aus hessischer Sicht, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 8, S. 352-353.
- Pieske, Reinhard (1996): Effizienzsteigerung in den Servicebereichen – viele Krankenhäuser stehen hier noch am Anfang, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 66, Heft 2, S. 77-82.
- Quaas, Michael (1992): Die kommunale Krankenhaus-GmbH, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 2, S. 59-65.
- Quaas, Michael (1993): Leistungsbudgetierung und Leistungsverweigerung – Zur Behandlungspflicht des Krankenhauses, in: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 2, S. 59-64.

- Regler, Konrad (1994): Auswirkungen des GSG und Handlungsbedarf der Krankenhausträger, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 1, S. 1-6.
- Reher, Rolf (1993): Wendepolitik im Krankenhaus: Abkehr von alten Zöpfen – Aufbruch zu neuen Ufern, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '93. Schwerpunkt: Fallpauschale, Stuttgart: Gustav Fischer, S. 17-29.
- Richter, Holger (1994): Kostenträgerrechnung und interne Budgetierung ab 1995/96, in: Das Krankenhaus, Jg. 88, Heft 6, S. 258-266.
- Ries, Roland (1992): Budgetdeckelung führt zu massiven Defiziten, Leistungseinschränkung und Qualitätsminderung. Statement des DKG-Präsidenten Prälat Roland Ries auf der DKG-Pressekonferenz vom 3. Juni 1992, in: Das Krankenhaus, Jg. 84, Heft 6, S. 271-275.
- Schmelzer, Andreas/Klask, Jörg (1995): Die Bedeutung der Deckungsbeitragsrechnung zur Kostenkontrolle durch den Arzt und deren Konsequenzen auf die Belegungsplanung, in: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 10, S. 481-483.
- Schmelzer, Andreas (1996): Ist der „Patiententourismus“ bei teuren Behandlungen vermeidbar?, in: Das Krankenhaus, Jg. 88, Heft 6, S. 274-287.
- Simon, Michael (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 1993, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 4, Heft 1, S. 20-40.
- Simon, Michael (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P97-204. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Simon, Michael (1998): Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Krankenhausfinanzierung. Anmerkungen zum zweiten Zwischenbericht der Begleitforschung zur BPfIV 1995, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 29, S. 112-126.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Sollmann, Susanne (1994): Das Krankenhaus als Schlagzeile – ein Überblick für 1993. Stuttgart; Jena: Gustav Fischer.
- Statistisches Bundesamt (Ifd. Jahrgänge): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Tischmann, Peter (1996): Sonderentgelte und Fallpauschalen: Perfektion des Abrechnungsbürokratismus, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 65, Heft 11, S. 806-812.
- Tuschen, Karl-Heinz/Quaas, Michael (1998): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wagner, Ulrich-Alfons/Schmitt, Ottmar (1997): Fallpauschalen und Sonderentgelte aus orthopädischer Sicht, in Goergen et al. (Hrsg.) Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht, Köln: Ärzte Verlag S. 82-90
- Ziegler, Markus/Hirner, A. (1994): Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter: Krankenhausreport '94, Stuttgart/Jena: Gustav Fischer, S. 97-106.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Michael Simon, Ev. Fachhochschule Hannover, Blumhardtstr. 2, 30624 Hannover

6 Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation. Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig (1999) auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben und Institutionen), Interventionen in die Lebensweise (an den Beispielen Aids und Ernährung) und Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Krankenhaussteuerung und Versorgung von Aids-Patienten).

Die AG Public Health im WZB ist Mitglied im Berliner Zentrum Public Health (BZPH), einer gemeinsamen Einrichtung der Technischen Universität Berlin (TU), der Freien Universität Berlin (FU) und der Humboldt-Universität zu Berlin (HU).

E-mail: AG-PUBLIC-HEALTH@medea.wz-berlin.de

Homepage: <http://www.wz-berlin.de/ph/>

Wissenschaftliche Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Eva Barlösius

Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Dipl.-Sozw. Susanne Jordan, MPH

Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn (Leiter)

Dr. Uwe Lenhardt

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Papers der Arbeitsgruppe Public Health

(vormals Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik)

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

Tel: 030/25491-577

Fax: 030/25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wz-berlin.de/forschung/p/ph/ph.html>

2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-201	Harrington, John	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS
P01-202	Kühn, Hagen	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-203	Lenhardt, Uwe	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-204	Kühn, Hagen	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung

2000

Nr.	Verfasser	Titel
P00-201	Simon, Michael	Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem
P00-202	Uwe Lenhardt	Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg

1999

Nr.	Verfasser	Titel
P99-205	Rosenbrock, Rolf	Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung
P99-204	Lampe, Birgit	Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen -

- P99-203 Herrn, Rainer „Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge
- P99-202 Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger The Aids Policy Cycle in Western Europe - From Exceptionalism to Normalization
- P99-201 Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Françoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit

1998

Nr.	Verfasser	Titel
P98-206	Rolf Rosenbrock (ed.)	Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa
P98-205	Rolf Rosenbrock Werner Maschewsky	Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich 'Umwelt und Gesundheit'
P98-204	Lisa Luger	HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection
P98-203	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick
P98-202	Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephan Pavis	Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom
P98-201	Rolf Rosenbrock	Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit

1997

Nr.	Verfasser	Titel
P97-205	Joyce Dreezens-Fuhrke	Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien

P97-204	Michael Simon	Das Krankenhaus im Umbruch - Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem
P97-203	Rolf Rosenbrock	Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health
P97-202	Hagen Kühn	Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA
P97-201	Uwe Lenhardt	Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz

1996

Nr.	Verfasser	Titel
P96-211	Franz Friczewski	Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz
P96-210	Dorothea Muthesius Doris Schaeffer	Krankheits- und Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Probleme der Bewältigung chronisch letaler Krankheit
P96-209	Katrin Witte	The Patient Looks at the Care System - Das stationäre Versorgungsgeschehen aus der Perspektive von Aids-Patienten
P96-207	Hagen Kühn	Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin
P96-206	Rolf Rosenbrock	Arbeit und Gesundheit – Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung
P96-205	János Wolf	Structures of a Scientific/Technological Revolution. Coincidence, Order and Creation of Latitude for Action in the Evolution of an Innovation: Penicillin and Antibiotics
P96-204	Benita von Eberstein	Rheuma und Psyche - Zu Risiken und Nebenwirkungen der modernen Arbeitswelt
P96-203	Heinrich Ahlemeyer	Das HIV-Risiko-Management intimer Kommunikationssysteme – Schlußfolgerungen für Präventionspolitik und die Konzipierung von Präventionsmaßnahmen
P96-202	Elfriede Feichtinger	Armut und Ernährung – Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Konsequenzen für Ernährungs- und Gesundheitsstatus und der Ernährungsweise in der Armut
P96-201	Uwe Lenhardt Rolf Rosenbrock Thomas Elkeles	Bedingungs- und Akteurkonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb - Ergebnisse aus vier Fallstudien

1995

Nr.	Verfasser	Titel
P95-205	Michael Ewers	Case Management - Bibliographie
P95-204	Uwe Osterholz	Maßnahmen zur Prävention von Rückenschmerzen bei Krankenhausbeschäftigten - ein kritischer Literaturbericht
P95-203	Thomas Elkeles Rolf Rosenbrock	Chipkarten im Gesundheitswesen - Nutzungsmöglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung
P95-202	Karin Haug	Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung - Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften
P95-201	Doris Schaeffer Martin Moers	Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten

1994

Nr.	Verfasser	Titel
P94-206	Uwe Lenhardt	Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen - Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis
P94-205	Thomas Elkeles	Arbeitswelt und Risiken für Rückenschmerzen – Potentiale für arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
P94-204	Gerd Marstedt	Rationalisierung und Gesundheit - "Neue Produktionskonzepte", "systemische Rationalisierung", "lean production" – Implikationen für Arbeitsbelastungen und betriebliche Gesundheitspolitik
P94-203	Carmen Stürzel	Aids und Obdachlosigkeit. New York und Berlin - ein Metropolvergleich
P94-202	Juliet M. Corbin	Chronicity and the Trajectory Framework
P94-201	Birgit Aust	Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung

1993

Nr.	Verfasser	Titel
P93-210	Hartmut Reiners	Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein "Hauch von Sozialgeschichte"? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung

P93-209	Ulrich Heide unter Mitarbeit von Martin Kopischke u. Anja Trögner	Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids
P93-208	Thomas Elkeles Andreas Mielck	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität
P93-207	Niklas Krause	Work-Disability and Low Back Pain: A New Classification Model for Research and Intervention
P93-206	Uta Gerhardt	Gesundheit - ein Alltagsphänomen - Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health
P93-205	Rolf Rosenbrock	Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik
P93-204	Uwe Osterholz	Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems "Rückenschmerz"
P93-203	Martin Moers Doris Schaeffer	Aids-Krankenversorgung in San Francisco - Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle
P93-202	János Wolf	Strukturen in der Entstehung einer wissenschaftlich-technischen Revolution - Über die Diskontinuität zwischen Entdeckung und Revolution beim Auftauchen des Penicillins und der Antibiotika
P93-201	Hagen Kühn	Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention - Am empirischen Beispiel der USA

1992

Nr.	Verfasser	Titel
P92-212	Barbara Maria Köhler	Gesellschaftliche Regulierung nahrungsbezogener Gesundheitsrisiken - Die Konservierungstechnik Bestrahlung von Lebensmitteln
P92-211	Rolf Rosenbrock	AIDS: Questions and Lessons for Public Health
P92-210	Doris Schaeffer	Grenzen ambulanter Pflege
P92-209	Norbert Zillich	Mit dem Tod leben lernen - Über kollektive und individuelle Trauer bei homosexuellen Männern im Angesicht von Aids
P92-208	Doris Schaeffer Martin Moers	Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten
P92-207	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik
P92-206	Rolf Rosenbrock	Aids: Fragen und Lehren für Public Health
P92-205	Werner Reutter	Aids, Politik und Demokratie - Ein Vergleich aids-politischer Maßnahmen in Deutschland und Frankreich

P92-204	Barbara Maria Köhler	Adaptation of the health system to the risk structure of modern society in the Federal Republic of Germany
P92-203	Gustav Wickström	Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders
P92-202	Stefan Kurella	Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Literaturstudie für die Jahre 1985 – 1991
P92-201	Thomas Elkeles Wolfgang Seifert	Arbeitslose und ihre Gesundheit – Empirische Langzeitanalysen

1991

Nr.	Verfasser	Titel
P91-209	Hagen Kühn	Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte
P91-208	Barbara Maria Köhler	Gibt es eine soziale Differenzierung des Ernährungsverhaltens? Sekundäranalytische Untersuchung sozialer Bestimmungsgrößen des Ernährungsverhaltens Erwachsener
P91-207	Günter Miehle	Der Transformationsprozeß in den ostdeutschen Ländern und seine Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Versorgung
P91-206	E. Richard Brown	Capitation and the Use of Preventive Services: A Comparison of HMOs with Fee-for-Service in the United States
P91-205	S. Leonard Syme	Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives
P91-204	Werner Maschewsky	Herz-Kreislaufschäden durch Arbeitsstoffe
P91-203	Rolf Rosenbrock	Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe
P91-202	Uwe Osterholz	Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen
P91-201	Philip Manow-Borgwardt	Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheitsreformgesetzes

1990

Nr.	Verfasser	Titel
P90-210	Barbara Maria Köhler Klaus Eble	Die gesellschaftliche Regulierung eines nahrungsbezogenen Gesundheitsrisikos - Die Aflatoxine

P90-209	Martin Moers	Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS – theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante Versorgung und Betreuung von AIDS-Patienten
P90-208	Thomas Elkeles	Säuglingssterblichkeit und Prävention - Zur Bedeutung der Postneonatalsterblichkeit und der Effektivität von Präventionsstrategien
P90-207	Barbara Maria Köhler	Die Ernährung von Beschäftigten - Zur Prävention ernährungsbezogener Erkrankungen im Erwachsenenalter
P90-206	Hagen Kühn	Ökonomisierung der Gesundheit am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens
P90-205	Jens-Uwe Niehoff	Ernährung und Prävention. Körpergewichte - ein Beispiel präventionstheoretischer Probleme
P90-204	Marianne Lien	The Norwegian nutrition and food-supply policy. Accomplishments and limitations of a structural approach
P90-203	Barbara Maria Köhler	Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik - Ernährung und Ernährungspolitik
P90-202	Rolf Rosenbrock	HIV-Screening
P90-201	Philip Manow-Borgwardt	Ausgaben für Prävention in der Bundesrepublik Deutschland

1989

Nr.	Verfasser	Titel
P89-208	Dagmar Sommerfeld	Behandlung, Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten in Berlin - Ergebnisse einer Vorstudie
P89-207	Gerd Göckenjan	Tuberkulose-Prävention und Spuckverhalten. Bedingungen, Ziele und Maßnahmen einer historischen Kampagne zur Einstellungs- und Verhaltensänderung.
P89-205	Wilfried Karmaus	Das Zusammenspiel von Wissenschaft, Behörden und Industrie dargestellt am Fall der Risiko-Beurteilung und Risiko-Bewältigung von Dioxinen
P89-204	Ralf Dose	Die Durchsetzung der chemisch-hormonellen Kontrazeption in der Bundesrepublik Deutschland
P89-203	Hagen Kühn	Glanzvolle Ohnmacht - Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin
P89-202	Frauke Pingel	Ungewollte Schwangerschaften trotz Verfügbarkeit wirksamer Antikonzeptiva
P89-201	Albert Eckert	Veränderungen des Sexualverhaltens infolge von Aids

1988

Nr.	Verfasser	Titel
P88-206	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Soziale Demokratie oder soziale Kontrolle - eine kritische Analyse der schwedischen Aids-Politik Aids in Schweden
P88-205	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Social Democracy or Societal Control Aids in Sweden
P88-204	Sigrid Michel	HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen
P88-203	Peter Vieth	Die Durchsetzung des Sicherheitsgurts beim Autofahren
P88-202	Rolf Rosenbrock	Die Bedeutung des HIV-Antikörpertests für die Prävention, Erforschung und Bekämpfung von Aids
P88-201	Rolf Rosenbrock	Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung