

Simon, Michael

**Working Paper**

## Das Krankenhaus im Umbruch: Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem

WZB Discussion Paper, No. P 97-204

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Simon, Michael (1997) : Das Krankenhaus im Umbruch: Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem, WZB Discussion Paper, No. P 97-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47425>

**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

**P97-204**

**Das Krankenhaus im Umbruch**

Neuere Entwicklungen in der stationären  
Krankenversorgung im Gefolge von  
sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem

von

**Michael Simon**

Berlin, Juli 1997

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

<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>I. GEÄNDERTE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR KRANKENHÄUSER .....</b>	<b>5</b>
1. WACHSENDER ÖKONOMISCHER DRUCK DURCH VERÄNDERUNGEN IN RELEVANTEN BEREICHEN DER KRANKENHAUSUMWELT.....	5
2. DIE REFORM DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE KRANKENHÄUSER.....	8
2.1 <i>Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993.....</i>	8
2.2 <i>Die Neuregelung des Pflegesatzrechts durch die Bundespflegesatzverordnung 1995 .....</i>	14
2.3 <i>Die „3. Stufe“ der Gesundheitsreform .....</i>	19
<b>II. AKTUELLE VERÄNDERUNGSPROZESSE IM KRANKENHAUSBEREICH.....</b>	<b>24</b>
1. DIE SEKTORALE BUDGETIERUNG UND IHRE WIRKUNGEN .....	26
1.1 <i>Strategien zur Begrenzung der Kostenentwicklung .....</i>	26
1.2 <i>Leistungssteuerung als Strategie zur Minimierung wirtschaftlicher Risiken.....</i>	31
1.3 <i>Auf der Suche nach ungedeckelten Einnahmen: Das verstärkte Interesse am Wahlleistungspatienten .....</i>	37
1.4 <i>Verselbständigung des Krankenhauses und Ausgliederung von Abteilungen .....</i>	37
2. DAS NEUE ENTGELTSYSTEM: ANFORDERUNGEN, HANDLUNGSFELDER UND STRATEGISCH OPTIONEN FÜR KRANKENHÄUSER .....	40
2.1 <i>Die Beschränkung auf die Umsetzung zwingender Rechtsvorschriften als rationale Wahl .....</i>	41
2.2 <i>Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens .....</i>	44
2.4 <i>Aufbau einer medizinischen Leistungssteuerung.....</i>	51
2.5 <i>Ausbau des betrieblichen Informationswesens .....</i>	58
3. KOOPERATION UND KOORDINATION: STRATEGIEN DER BESCHÄFTIGUNGSSICHERUNG UND DIE IN IHNEN ENTHALTENEN INNOVATIVEN POTENTIALE.....	62
3.1 <i>Kooperation zwischen Krankenhäusern.....</i>	62
3.2 <i>Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten .....</i>	63
3.3 <i>Koordination und Kooperation im Bereich der pflegerischen Versorgung.....</i>	64
<b>III. SCHLÜßBETRACHTUNG .....</b>	<b>66</b>
<b>LITERATUR.....</b>	<b>69</b>

## Einleitung

Mitte der 90er Jahre befinden sich die Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland in einem Wandlungsprozeß, der in seiner Tragweite weit über die bisherigen Veränderungen der letzten zwei Jahrzehnte hinausgeht. Ausgelöst wurde die Entwicklung vor allem durch die krankenhausbefugten Regelungen im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 und eine neu konstruierte Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1995). Im Zentrum der Reform der Krankenhausfinanzierung steht die Begrenzung der Krankenhausbudgets seit dem 1.1.1993, die sogenannte „Deckelung“, und die Einführung eines neu gestalteten Entgeltsystems, dessen Kern Abteilungsplafonds, Fallpauschalen und Sonderentgelte bilden.

Budgetdeckung und neues Entgeltsystem sollen nach den Vorstellungen der Bundesregierung die Krankenhäuser dazu veranlassen, ihre Ressourcen effizienter einzusetzen und über Verweildauerverkürzungen die Voraussetzungen für einen massiven Bettenabbau zu schaffen, der wiederum als entscheidende Bedingung für eine dauerhafte finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesehen wird. Erfolg oder Mißerfolg der politischen Interventionen wird in der krankenhauspolitischen wie auch in der öffentlichen Diskussion fast ausschließlich an der Erreichung dieser fiskalpolitischen Ziele gemessen. Die Auswirkungen auf die Qualität der stationären Versorgung geraten dabei in der Regel nicht in das Blickfeld der öffentlichen Wahrnehmung. Das Krankenhaus scheint auch heute noch eine Institution zu sein, deren Innenleben und Funktionsweise für Außenstehende schwer durchschaubar ist und etwas Geheimnisvolles besitzt. Krankenhausökonomie und Krankenhausfinanzierungsrecht zählen eher zu den 'exotischen' Wissensgebieten, mit denen sich nur relativ wenige Experten außerhalb des Krankenhausmanagements beschäftigen. Zudem mangelt es an empirischer Sozialforschung über die Wirkungen ökonomischer Anreizsysteme im stationären Sektor im Allgemeinen und über die Auswirkungen der aktuellen Reform im Besonderen.

Der Wandel in den Krankenhäuser bleibt der Öffentlichkeit dadurch bislang weitgehend verborgen. In den Fachzeitschriften des Krankenhausmanagements wird vor allem unter dem Aspekt diskutiert, welche Erfahrungen mit der Umsetzung des neuen Pflegesatzrechts, mit neuen Modellen der Kosten- und Leistungsrechnung, der Einführung von neuen EDV-Systemen, Diversifizierungs- und Spezialisierungsstrategien gemacht wurden. Es herrscht eine ökonomische Sichtweise vor, und Veränderungen im Alltagshandeln der in der direkten Patientenversorgung tätigen Akteure treten in der Regel nicht in das Blickfeld.

Wegen der hervorgehobenen Bedeutung der Institution Krankenhaus für die medizinisch-pflegerische Versorgung ist es von besonderem Interesse, den Umbruchprozeß aufmerksam zu verfolgen und - soweit dies von außen möglich ist - transparent zu machen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil der weit überwiegende Teil der Einflußfaktoren, die den aktuellen Umbruch initiiert haben und vorantreiben, der politischen Gestaltung zugänglich ist, also wieder korrigiert werden könnte. Im Falle der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein neues Entgeltsystem haben die Länder den experimentellen Charakter der Neuregelung deutlich gemacht, indem sie die Durchführung einer Begleitforschung zur neuen Bundespflegesatzver-

ordnung durchsetzten und ankündigten, ihre Zustimmung zu einem weiteren Ausbau von den Ergebnissen dieser Forschung abhängig zu machen.<sup>1</sup>

Skepsis und Vorbehalte insbesondere gegen die Einführung von Fallpauschalen stützen sich auf zahlreiche Beiträge in einem seit Anfang der 80er Jahre in der Bundesrepublik geführten Expertendiskurs über die Reform der Krankenhausfinanzierung, in denen auf gravierende Risiken dieser Entgeltform unter Verweis auf Erfahrungen in den USA hingewiesen wurde.<sup>2</sup> Von Fallpauschalen gehen insbesondere Anreize zur Patientenselektion unter Kostengesichtspunkten und zur Minderung der Versorgungsqualität aus. Für die Deckelung der Krankenhausbudgets durch das Gesundheitsstrukturgesetz kann im Grunde das gleiche gelten, da es sich - ebenso wie im Falle der Fallpauschalen - um eine Form prospektiver Finanzierung handelt, bei der die Vergütung der Krankenhäuser nicht aufgrund retrospektiv ermittelter Selbstkosten, sondern prospektiv und unabhängig von den jeweiligen Kostenstrukturen des einzelnen Krankenhauses festgesetzt wird.

Vor dem Hintergrund dieser Zusammenhänge soll in dem vorliegenden Papier der Frage nachgegangen werden, wie Krankenhäuser auf die geänderten Rahmenbedingungen reagieren und ob sich bereits bestimmte Trends oder typische Strategien erkennen lassen. Im ersten Teil der Untersuchung werden dazu zunächst die geänderten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser seit Anfang der 90er Jahre dargestellt. Im zweiten Teil werden Handlungsoptionen, die sich aus den geänderten Rahmenbedingungen ableiten lassen, und bereits beobachtbare Reaktionsmuster und Strategien von Krankenhäusern beschrieben. Im abschließenden dritten Teil erfolgt eine Zusammenfassung und vorläufige Bewertung der aktuellen Entwicklungstrends.

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf eine Literaturanalyse zu aktuellen Veränderungen im Krankenhausbereich, die Analyse ausgewählter Daten der amtlichen Krankenhausstatistik und erste Ergebnisse qualitativer Interviews, die im Rahmen eines laufenden Forschungsprojektes mit Experten aus dem Krankenhausbereich und der für Krankenhäuser relevanten Umwelt, wie bspw. aus dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder den für die stationäre Versorgung zuständigen Länderbehörden, geführt wurden. Im Rahmen der Literaturanalyse wurden insbesondere die letzten Jahrgänge der drei bedeutendsten Fachzeitschriften für das Krankenhausmanagement systematisch ausgewertet.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu stellvertretend die Aussage eines leitenden Fachbeamten aus Hessen: „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; ähnlich für Niedersachsen Bruckenberger 1993: 513).

<sup>2</sup> Vgl. hierzu u.a. Beratergruppe 1983; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; Kühn 1992; Projektgemeinschaft 1986.

<sup>3</sup> Ausgewertet wurden: „Das Krankenhaus“ (Hrsg.: Deutsche Krankenhausgesellschaft), „Krankenhaus Umschau“ (Organ des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands) und „führen und wirtschaften im Krankenhaus“ (Organ des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. und des Vereins der Leitenden Ärzte Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.).

## **I. Geänderte Rahmenbedingungen für Krankenhäuser**

Die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser haben sich in der Bundesrepublik seit Anfang der 90er Jahre tiefgreifend verändert. Zwar sind Krankenhäuser seit ca. zwei Jahrzehnten wegen einer vermeintlichen „Kostenexplosion“ immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik und Ziel gesetzgeberischer Eingriffe gewesen, die aktuelle Entwicklung dürfte in ihrer Bedeutung und in ihren Auswirkungen auf die stationäre Versorgung aber weit über die bisherigen krankenhauspolitischen Interventionen hinausgehen. Nicht nur, daß die durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeleitete Reform der Krankenhausfinanzierung erheblich weiter geht, als alle bisherigen Reformen seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972, diese Reform wird auch begleitet durch weitere Veränderungsprozesse in der Krankenhausumwelt, die vielfach zu einer erheblichen Verunsicherung in Krankenhäusern - insbesondere bei den Beschäftigten - führten. Insbesondere der Rückzug kommunaler und freigemeinnütziger Krankenhausträger aus der finanziellen Verantwortung für ihre Krankenhäuser und die Ankündigungen mehrerer Länder, in den nächsten Jahren einen erheblichen Teil der Betten aus ihren Krankenhausplänen zu streichen, trugen hierzu bei.

In ersten Teil der vorliegenden Untersuchung werden zunächst die Veränderungen in den vier wichtigsten Bereichen der Krankenhausumwelt dargestellt und wird anschließend auf den mit Abstand wichtigsten Bereich - die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung - ausführlicher eingegangen. Im zweiten Teil erfolgt eine Analyse der aktuellen Veränderungsprozesse im Krankenhausbereich. Zunächst werden die Auswirkungen der Budgetdeckelung und Strategien der Krankenhäuser zur Bewältigung der wirtschaftlichen Risiken herausgearbeitet. Im zweiten Abschnitt steht die Umsetzung des neuen Entgeltsystem im Mittelpunkt, und im abschließenden dritten Abschnitt wird auf innovative Entwicklungen im Krankenhausbereich eingegangen.

### **1. Wachsender ökonomischer Druck durch Veränderungen in relevanten Bereichen der Krankenhausumwelt**

Krankenhäuser sehen sich derzeit einem wachsenden ökonomischen Druck ausgesetzt, der vor allem von vier Bereichen der Krankenhausumwelt ausgeht:

1. den krankenhauspolitischen Interventionen zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung durch den Bund,
2. einer restriktiveren Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen,
3. deutlichen Reduzierungen der Planbettanzahlen in den Krankenhausplänen der Länder und
4. einem sukzessiven Rückzug von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern aus der Defizithaftung für ihre Krankenhäuser.

Zu 1): Der stärkste Druck geht ohne Zweifel von der aktuellen Reform der Krankenhausfinanzierung aus, beginnend mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG), gefolgt von einer neuen Bundespflegesatzverordnung und einer inflationären Ausweitung krankenhauspolitischer Interventionen in den Jahren 1995 bis 1997. So war beispielsweise die neue Bundespflegesatzverordnung (BPfIV 1995) gerade zehn Monate in Kraft aber in 97 % der Kranken-

häuser noch nicht zur Anwendung gelangt, als im Oktober 1995 bereits die vierte Änderungsverordnung zur BPflV 1995 vorgelegt wurde. Mit jeder Neuregelung der Krankenhausfinanzierung, deren Geltungsdauer ständig abnahm, wurden die wirtschaftlichen Bedingungen für Krankenhäuser restriktiver und die Planungssicherheit für Krankenhausleitungen geringer. Insbesondere die Fortsetzung der Deckelung der Krankenhausbudgets unter verschärften Bedingungen und die pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets für die Jahre 1997 bis 1999 um 1 % zwangen die Krankenhäuser dazu, kurzfristig realisierbare Einsparmöglichkeiten zu suchen.

Zu 2): Die restriktivere Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen steht in einem engen Zusammenhang zur Reform der Krankenhausfinanzierung. Ziel der Begrenzung der Krankenhausbudgets durch das GSG und der Umstellung auf ein neues Entgeltsystem ist die finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ursache der finanziellen Probleme der GKV ist jedoch nicht eine im Vergleich zur volkswirtschaftlichen Entwicklung überproportionale Steigerung der Krankenhauskosten. Der Anteil der Ausgaben für das Krankenhauswesen am Bruttosozialprodukt liegt seit Mitte der 70er Jahre konstant bei knapp unter 3 % des Bruttosozialprodukts.

Verantwortlich für die Defizite der GKV ist primär die relative Schrumpfung der Finanzierungsgrundlage der GKV seit Anfang der 80er Jahre (Kühn 1995). Die relativ zum Bruttosozialprodukt unterproportionale Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ist zum einen die Folge der steigenden Arbeitslosigkeit und unterproportionalen Lohn- und Gehaltsentwicklung. Zum anderen wurden den Krankenkassen seit Ende der 70er Jahre mehrfach durch politische Eingriffe Finanzmittel zum Zweck der Konsolidierung anderer Sozialversicherungszweige, und letztlich des Bundeshaushaltes, entzogen.<sup>4</sup>

Auch die Haushaltsprobleme der GKV Mitte der 90er Jahre sind zu einem wesentlichen Teil auf sozialpolitische Interventionen zurückzuführen. Durch das 1989 gemeinsam von Regierungskoalition und SPD verabschiedete Rentenreformgesetz (RRG) wurden zum Zweck der Konsolidierung der Arbeitslosenversicherung die Beitragsüberweisungen der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV zum 1.1.1995 um 20 % gekürzt.<sup>5</sup> Nach Schätzung des BMG gehen 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 3. Stufe der Gesundheitsreform wurde der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenkassen durch die gesetzliche Absenkung der Beitragssätze zum 1.1.1997 um 0,4 Prozentpunkte<sup>6</sup> und die Anbindung weiterer Beitragssatzerhöhungen an die Erhöhung von Zuzahlungen<sup>7</sup> weiter eingengt.

<sup>4</sup> Zur Kritik der »Politik der Verschiebebahnhöfe« vgl. auch Berg 1986; Nullmeier 1992; Paffrath/Reiners 1987; Zacher 1984.

<sup>5</sup> § 157 Abs. 3 AFG i.d.F. des Gesetzes vom 18.12.1989 (BGBl. I S. 2261).

<sup>6</sup> Art. 1 Beitragsentlastungsgesetz.

<sup>7</sup> § 221 Abs. 1 SGB V i.d.F.d. 1. GKV-Neuordnungsgesetzes.

Der wachsende finanzielle und politische Druck auf die Krankenkassen führte im Krankenhausbereich in den letzten 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 kommt es offenbar zunehmend häufiger zu Auseinandersetzungen (Montgomery 1997; Tischmann 1996, 1997).

Zu 3): Eine weitere Quelle wachsenden Drucks auf Krankenhäuser ist die Absicht der Länder, ihre Krankenhauspläne zu überarbeiten und Bettenreduzierungen in größerem Umfang vorzunehmen. Hauptmotiv hierfür ist das Interesse an einer Entlastung ihrer Haushalte von Ausgaben für die Investitionsförderung nach KHG. Die Herausnahme von Betten oder vollständigen Abteilungen aus dem jeweiligen Krankenhausplan hat für die betroffenen Krankenhäuser erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen, da für die gestrichenen Betten keine Investitionsförderung mehr geleistet wird. Zugleich entfällt für diese Betten der Kontrahierungszwang<sup>8</sup> für die Krankenkassen, so daß nach einer wirksam gewordenen Kündigung der Betten auch ein Teil der Planstellen nicht mehr finanziert wird. Deutliche Reduzierungen von Planbettenzahlen und die Schließung von Krankenhäusern haben bisher u.a. Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz angekündigt.<sup>9</sup>

Zu 4) Als Folge dieser Entwicklung suchen Krankenhausträger zunehmend nach Wegen, die wirtschaftlichen Risiken für ihre Haushalte zu reduzieren. Vor allem um eine Durchgriffshaftung bei Defiziten ihrer Krankenhäuser zu vermeiden, aber auch um das Krankenhausmanagement in die Lage zu versetzen, auf eine sich wandelnde Umwelt schneller reagieren zu können, verändern kommunale Krankenhausträger, aber auch Kirchengemeinden, die Rechtsform ihrer Krankenhäuser, zumeist vom Regiebetrieb in eine GmbH oder gGmbH. Für die Verluste einer GmbH braucht der Träger - so die zugrundeliegende Erwägung - dann nur noch bis zur Höhe seiner Einlage zu haften. Für das jeweilige Krankenhaus ergibt sich aus dem Rechtsformwechsel u.a., daß Kostenunterdeckungen aus den eigenen Mitteln beglichen werden müssen und prinzipiell auch das Risiko eines Konkurses gegeben ist.

Die mit Abstand größte Bedeutung für den aktuellen Umbruch in den Krankenhäusern haben die Veränderungen der Krankenhausfinanzierung. Um die aktuellen Veränderungsprozesse im Krankenhausbereich verstehen und sie in bezug auf die bereits erkennbaren Probleme oder die in ihnen angelegten Chancen und Risiken für die stationäre Versorgung analysieren zu können, soll darum im folgenden auf die Reform der Krankenhausfinanzierung näher eingegangen werden.

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Vgl. hierzu Bruckenberg 1996; Bonner General Anzeiger vom 4.3.97 und 11.3.1997; FAZ vom 11.11.1996; Stuttgarter Zeitung vom 5.3.1997.

## 2. Die Reform der Krankenhausfinanzierung und ihre Bedeutung für die Krankenhäuser

Die besondere Bedeutung des Finanzierungsrechts für Krankenhäuser 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 über 90 % der Patienten eines Krankenhauses sozialversichert sind, haben Änderungen des Pflegesatzrechts entscheidenden Einfluß auf die Einnahmen der Krankenhäuser.

Im folgenden werden nun die wichtigsten gesetzgeberischen Eingriffe in das Recht der Krankenhausfinanzierung seit 1992 skizziert.

### 2.1 Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993

Das am 1.1.1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz<sup>10</sup> (GSG) enthielt einen umfassenden krankenhausbefugten Teil. Wichtigste Bestandteile waren die Begrenzung der Steigerungsraten der Krankenhausbudgets (Deckelung) 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.

#### 2.1.1 Die Deckelung der Krankenhausbudgets

Um den Anstieg der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung der Einnahmeentwicklung der GKV anzupassen und um weitere Defizite und in deren Folge weitere Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen zu verhindern, sollte die zulässige Steigerungsrate der Krankenhausbudgets für die Jahre 1993, 1994 und 1995 auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV begrenzt werden.<sup>11</sup> 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 GSG (§ 270a SGB V) für 1993 3,1 %. Wegen dieser bereits 1992 absehbaren Reduzierung der Budgetsteigerungsraten hatten die Vertreter der Krankenträger protestiert und vorhergesagt, infolge des GSG käme es in den Krankenhäusern zu „massiven Defiziten, Leistungseinschränkungen und Qualitätsminderung“ (Ries 1992: 271; ebenso DKG 1992).

Allerdings hatten sowohl die Verbandsvertreter wie auch die an der Formulierung des GSG beteiligten Politiker offenbar übersehen, daß der ‘Deckel’ zahlreiche ‘Löcher’ - in Form von

<sup>10</sup> Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266).

<sup>11</sup> § 17 Abs. 1a KHG und § 4 Abs. 3 BPflV i.d.F.d. GSG 1993.

*Ausnahmeregelungen* - enthielt (vgl. § 4 BPflV i.d.F.d. GSG 1993). So waren von den Krankenkassen über die vorgegebene Begrenzung nach § 275a SGB V hinaus u.a.

- Ausgleichszahlungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume zu leisten,
- Veränderungen des Leistungsangebotes infolge der Krankenhausplanung und Stellenplanerweiterungen im Pflegedienst aufgrund von Neuregelungen der Personalbemessung zu finanzieren und
- wurden die Krankenkassen verpflichtet, die tatsächlichen Personalkostensteigerungen aufgrund von Tariferhöhungen zu erstatten.<sup>12</sup>

*Ausgleichszahlungen für vorhergehende Pflegesatzzeiträume* waren nach altem Recht u.a. für den Fall vorgeschrieben, daß die vereinbarte Belegung nicht erreicht oder überschritten wurde. Die aus einer Minderbelegung resultierenden Mindereinnahmen gegenüber dem vereinbarten Budget waren zu 75 % von den Krankenkassen über das Budget eines folgenden Pflegesatzzeitraums dem Krankenhaus nachträglich zu überweisen, um so die Finanzierung der von den Krankenkassen anerkannten Fixkosten sicherzustellen. Im Gegenzug waren die Krankenhäuser verpflichtet, Mehreinnahmen infolge einer höher als vereinbart ausgefallenen Belegung den Krankenkassen zu 75 % über ein folgendes Budget zurückzuerstatten ('Flexible Budgetierung' nach § 4 BPflV 1986). Diese Regelung wurde auch in das GSG übernommen, allerdings dahingehend modifiziert, daß für die Jahre 1993, 1994 und 1995 Mehr- oder Mindereinnahmen aus abweichender Belegung zu 100 % auszugleichen waren ('Festes Budget' nach § 4 Abs. 5 BPflV i.d.F.d. GSG 1993).

Zusätzliche Betriebskosten, die aus *Veränderungen des Leistungsangebots* resultierten, mußten die Krankenkassen erstatten, sofern diese Veränderungen nach Maßgabe des Krankenhausplans erfolgten. Es handelte sich dabei zumeist um zusätzliche Personalstellen für die Inbetriebnahme eines neu eröffneten OP-Trakts oder einer neu eröffneten Station, wenn die entsprechenden Baumaßnahmen in den Vorjahren begonnen und in der Deckelungsphase abgeschlossen wurden.

Ebenfalls von der Deckelung ausgenommen waren Mehrkosten durch die Anwendung *neuer Verfahren der Personalbemessung* in psychiatrischen Abteilungen, im allgemeinen Pflegedienst und im Hebammenbereich. Als Reaktion auf die Diskussion über einen Pflegenotstand in den Krankenhäusern Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre hatte die Bundesregierung 1990 eine Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erlassen und wurde in das GSG eine Pflege-Personalregelung (Pflege-PR) zur Neuregelung der Stellenplanberechnung für den allgemeinen Pflegedienst aufgenommen. Die sich daraus ergebenden zusätzlichen Stellen waren unabhängig von der Deckelung zu finanzieren.

Eine weitere Ausnahmeregelung ergab sich aus der Logik der Deckelung. Maßgröße für die zulässige Budgetsteigerung sollte die tatsächliche Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied sein. Diese Rate konnte aber zum Zeitpunkt der nach geltendem Recht vorgeschriebenen prospektiven Budgetvereinbarung den

---

<sup>12</sup> Zu den Regelungen der Budgetdeckelung nach GSG vgl. BMG 1993; DKG 1993a; Monka 1994a, 1994b; Tuschen/Bechtholdt 1993.

Vertragsparteien nicht zur Verfügung stehen, da sie erst ca. eineinhalb Jahre nach der Budgetvereinbarung auf Grundlage der GKV-Haushaltsdaten ermittelt wird. Während die Budgetverhandlungen bspw. für 1993 nach altem Recht im Herbst 1992 zu führen waren, lag die zugrunde zu legende Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen für 1993 erst zum Juli 1994 vor. Um dennoch prospektive Budgetvereinbarungen zu ermöglichen, wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch das Gesundheitsstrukturgesetz verpflichtet, zur Orientierung für die Budgetvereinbarungen bis zum 15. Februar eine Vorausschätzung über die voraussichtliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied des laufenden Jahres zu veröffentlichen (§ 270a SGB V). Letztendlich maßgebend war jedoch die nachträglich festgestellte Veränderungsrate nach § 270 SGB V.

Für den Fall einer Abweichung der nachträglich festgestellten tatsächlichen Veränderungsrate von der Vorausschätzung wurde den Krankenhäusern und Krankenkassen vorgegeben, daß der aus einer Abweichung resultierende Differenzbetrag über das folgende Budget nach Feststellung der tatsächlichen Veränderungsrate ausgeglichen wird. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: die Differenz zwischen der Vorausschätzung des BMG für Westdeutschland 1993 (3,1 %) und der tatsächlichen Veränderungsrate (3,9 %) in Höhe von 0,8-Prozentpunkten mußte als Erhöhungsbetrag dem Budget für 1995 zugeschlagen werden (vgl. Tab. 1). Die aufgrund der zu hoch angesetzten Vorausschätzung des BMG für die Jahre 1994 und 1995 angefallenen Überzahlungen in Höhe von 0,8 Prozentpunkten bzw. 1,1 Prozentpunkten mußten dementsprechend von der Budgetsteigerung für 1996 bzw. 1997 abgezogen werden.

Dies ist deshalb wichtig zu erwähnen, weil der Ausgleichsmechanismus Kürzungen der Krankenhausbudgets zu einem Zeitpunkt bewirkte, als die Deckelung durch das Stabilisierungsgesetz 1996 enger gefaßt und die Budgets durch das Beitragsentlastungsgesetz pauschal um 1 % für die Jahre 1997 bis 1999 gekürzt wurden. Die den Krankenhäusern für 1996 zugestandene Budgetsteigerung in Höhe von 0,8 % wurde allein durch die Verrechnung der Überzahlung aus 1994 fast auf Null reduziert und das Zusammentreffen von Beitragsentlastungsgesetz und Verrechnung der Überzahlung aus 1995 führte zu einer rechnerischen Kürzung der Budgets für 1997 um 2,1 %.

Die Deckelung der Krankenhausbudgets durch das GSG entfaltete ihre volle Wirkung somit erst in den Jahren 1996 und 1997, also nach Auslaufen der Deckelungsphase des GSG. Bedenkt man noch die bis Ende 1995 geltenden Ausnahmeregelungen, so ist es kein Wunder, daß die anfänglichen Klagen der Krankenhausträger im Verlauf des Jahres 1993 nachließen. Auswertungen von Budgetvereinbarungen für 1993 ergaben bspw., „daß bei Bereinigung durch periodenfremde alte Lasten das Ausmaß echter Ausdeckelungen mit 0,3 bis 0,4 Prozent sehr geringfügig ist“ (Siebig 1993: 412). Die Prognosen der DKG über drohende massive Defizite trafen offensichtlich nicht ein (vgl. Regler 1994: 358). Bereits 1994 erschienen Meldungen, daß Krankenhäuser unter der Deckelung nicht selten sogar Überschüsse erwirtschafteten.<sup>13</sup> Die materielle Grundlage der Zufriedenheit wird auch in den aufbereiteten Daten der

<sup>13</sup> Anfang 1994 erschien bspw. eine Meldung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft: „Krankenhäuser in Hamburg kommen mit dem GSG zurecht“ (Das Krankenhaus 4/1994: 183). Eine Analyse der Wirtschaftsdaten von Krankenhäusern während der sogenannten 'Deckelungsphase' ergab eine „im allgemeinen günstige wirtschaftliche Situation“ (Stolz 1997: 11).

Budgetabschlüsse deutlich (Tab. 1). Nach einem Einbruch der Steigerungsrate für 1993 auf 5,3 % stiegen die Krankenhausbudgets 1994 im Durchschnitt in Westdeutschland immerhin um 7,6 %.

Tab. 1

**Deckelung der Krankenhausbudgets**  
Entwicklung der Orientierungsgrößen  
und Krankenhausbudgets  
(Angaben in Prozent)

	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Vorausschätzung der Veränderungsrate nach § 270a SGB V	3,1	3,2	1,7	9,5	5,4	3,5
Tatsächliche Veränderungsrate nach § 270 SGB V	3,9	2,4	0,6	16,5	8,9	2,8
Durchschnittliche Steigerung der Krankenhausbudgets	5,3	7,6	- <sup>1</sup>	16,1	14,7	- <sup>1</sup>
Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung	5,6	7,7	5,4	12,0	14,2	-2,1

1) Keine aufbereiteten Daten verfügbar.

Quelle: BMG; Monka 1994a, 1994b, 1995.

Entscheidenden Anteil an dieser für die Krankenhäuser eher positiven Bilanz der Deckelung nach GSG haben sicherlich die Ausnahmeregelungen. Darüber hinaus haben Krankenhäuser aber auch Strategien entwickelt, mit denen die verbliebenen wirtschaftlichen Risiken minimiert oder ausgeschaltet werden konnten. Auf einige Strategien, wie bspw. die Verschiebung von Behandlungen in den nächsten Budgetzeitraum oder die Verlegung von besonders behandlungsaufwendigen Patienten in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen,<sup>14</sup> wird später näher eingegangen.

### 2.1.2 Vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren

Der zweite wesentliche krankenhausbefugene Regelungskomplex im Gesundheitsstrukturgesetz ist die Zulassung neuer Leistungsformen für Krankenhäuser. Krankenhäuser können seit dem 1.1.1993 Patienten vor- und nachstationär behandeln und ambulant operieren. *Vorstationäre Behandlung* ist an bis zu drei Tagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn, *nachstationäre*

<sup>14</sup> Nach § 23 Krankenhausfinanzierungsgesetz werden vier Versorgungsstufen unterschieden: Grundversorgung (Orts- und Stadtkrankenhäuser), Regelversorgung (Kreiskrankenhäuser), Schwerpunktversorgung (Bezirkskrankenhäuser) und Zentralversorgung (u.a. Universitätskliniken).

*näre Behandlung* an bis zu sieben Tagen innerhalb von vierzehn Tagen nach Abschluß einer vollstationären Behandlung möglich (§ 115a SGB V). Die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung erfolgt über pauschalierte Entgelte, die auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft zu vereinbaren sind. Die in der Folge des GSG getroffenen Vereinbarungen sahen in der Regel vor, daß die vorstationäre Behandlung mit einem einmaligen Entgelt in Höhe des 1,8fachen des jeweiligen Pflegesatzes und die nachstationäre Behandlung je Behandlungstag mit dem 0,6fachen des jeweiligen Pflegesatzes vergütet wird. Zum 1.1.1997 trat eine gemeinsame Empfehlung von DKG und GKV in Kraft, die eine Differenzierung der Entgelte nach Fachabteilungen und die gesonderte Vergütung von Leistungen vorsieht, die mit medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden (DKG/GKV 1996).

Gemäß § 115 b Abs. 2 SGB V sind Krankenhäuser seit dem 1.1.1993 als Institution zur Durchführung *ambulanter Operationen* zugelassen. Sie bedürfen folglich keiner besonderen Ermächtigung durch den Zulassungsausschuß nach § 96 SGB V, wie dies für Krankenhausärzte der Fall ist, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in der krankenhauseigenen Ambulanz oder Poliklinik ambulante ärztliche Behandlung durchführen wollen. Das Krankenhaus ist lediglich verpflichtet, den Landesverbänden der GKV, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Zulassungsausschuß die Absicht zur Durchführung ambulanter Operationen mitzuteilen. Die Vergütung der ambulanten Operationen erfolgt unmittelbar an das Krankenhaus und ist somit nicht Bestandteil der kassenärztlichen Gesamtvergütung.

Mit beiden Regelungen sollte die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gelockert und vollstationäre Aufenthalte reduziert werden, um die Krankenkassen bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung zu entlasten. Bundesregierung und Krankenkassen erhofften sich davon „erhebliche Einsparungen“ (BT-Drs. 12/3608: 102; Oldiges 1993: 258). Der Erfolg war jedoch gering. Zwar stieg die Zahl der Krankenhäuser, die vor- und nachstationäre Behandlung durchführten, von ca. 6 % im Jahr 1993 auf ca. 38 % im Jahr 1995 (Düllings 1995), die wirtschaftliche Bedeutung dieser neuen Leistungsform blieb jedoch insgesamt sehr gering. Die von der GKV 1993 gezahlten Gebühren für vor- und nachstationäre Behandlung in Höhe 10 Mio. DM (Wagner 1995: 214) entsprechen ca. 0,01 % der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung. Selbst bei einer Steigerung um das 6-7fache bleibt der Anteil deutlich unter 1 % des durchschnittlichen Krankenhausbudgets. Ähnlich ist es auch beim ambulanten Operieren. Bis zum 30.6.1993 hatten nur ca. 5 % der Krankenhäuser erklärt, ambulant operieren zu wollen (führen & wirtschaften im Krankenhaus 5/1993: 446). Eine im Auftrag des BMG durchgeführte repräsentative Erhebung ergab zwar, daß Mitte 1995 ca. 33 % der befragten Krankenhäuser ambulant operierten (Asmuth/Müller 1995: 379), ca. 75 % der ambulant operierenden Krankenhäuser führte aber nur 1-2 ambulante Operationen pro Woche durch. Die Vergütungen für ambulantes Operieren entsprachen im Durchschnitt ca. 0,04 % des Krankenhausbudgets.

Betrachtet man die Auswirkungen dieser Regelungen im Rückblick, so sind zwar die erhofften „erheblichen Einsparungen“ nicht realisiert worden, immerhin kam aber Bewegung in die seit Jahrzehnten festgefahrene Diskussion über eine bessere Verzahnung von ambulanter

und stationärer Versorgung.<sup>15</sup> Insbesondere die Verbände der Krankenhausträger und die Spitzenverbände der GKV griffen den durch die §§ 115a und 115b SGB V gesetzten Impuls auf und initiierten eine Diskussion über neue Formen der »integrierten Versorgung« durch Krankenhäuser (GKV 1994b) sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in »Gesundheitszentren« und Ausweitung des Leistungsspektrums von Krankenhäuser in den Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung (DKG 1994b).

### *2.1.3 Die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem*

Als dritten zentralen krankenhausbezogenen Regelungskomplex enthielt das Gesundheitsstrukturgesetz die Grundstruktur für ein neues Entgeltsystem (§ 17 Abs. 2a KHG i.d.F.d. GSG 1993). Zum 1.1.1996 sollte für alle Krankenhäuser verbindlich der bis dahin vorherrschende für alle Abteilungen und Patienten gleiche Pflegesatz (allgemeiner Pflegesatz) durch ein System differenzierter Entgelte ersetzt werden. Dieses „neue Entgeltsystem“ sollte aus einem für alle Abteilungen einheitlichen Basispflegesatz, für jede bettenführende Abteilung gesondert kalkulierten Abteilungspflegesätzen, pauschalierten Sonderentgelten und Fallpauschalen bestehen. Die Einzelheiten des neuen Entgeltsystems waren in einer neuen Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1995) zu regeln, die zum 1.1.1995 in Kraft zu treten hatte. Den Krankenhäusern wurde die Möglichkeit eröffnet, bereits zum 1.1.1995 auf das neue Entgeltsystem umzusteigen. Bei einem vorzeitigen Umstieg entfiel die Deckelung ihres Budgets für das Jahr 1995. Von dieser Möglichkeit machten nach Angaben des BMG jedoch nur ca. 3 % der Krankenhäuser Gebrauch (Krankenhaus Umschau 5/1995: 425).

Auch wenn die Budgetdeckelung zunächst im Mittelpunkt der krankenhauspolitischen Diskussion und der Aufmerksamkeit des Krankenhausmanagements stand, so war die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem der eigentliche Kern der Reform. Die Deckelung sollte als „Sofortbremsung“ (BT-Drs. 12/3209: 41) aus damaliger Sicht der Bundesregierung eine vorübergehende Erscheinung sein und nur zur Überbrückung der Zeit bis zur Einführung des neuen Entgeltsystems dienen. Das Entgeltsystem selbst basiert auf einem Konzept zur Reform der Krankenhausfinanzierung, das in den 80er Jahren in Expertendiskursen entwickelt und 1989 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausformuliert worden war (BMA 1989).<sup>16</sup> Im Mittelpunkt des Konzept stand die Umstellung von Pflegesätzen, die auf Grundlage der jeweiligen krankenhauspezifischen Selbstkosten kalkuliert wurden, auf pauschalierte, für alle Krankenhäuser einheitliche Vergütungen. Als langfristiges Ziel wurde die Umstellung auf ein reines Fallpauschalensystem nach amerikanischem Vorbild angestrebt (Luithlen/Tuschen 1989: 155).

Wegen seiner besonderen Bedeutung für die gegenwärtig in den Krankenhäusern zu beobachtenden Veränderungsprozesse soll auf das neue Entgeltsystem im folgenden näher eingegangen werden.

---

<sup>15</sup> Zur den verschiedenen Reformversuchen im Bereich der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung seit Anfang der 60er Jahre vgl. Rosewitz/Webber 1990: 31-95.

<sup>16</sup> Zum Expertendiskurs vgl. Beratergruppe 1983; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; Projektgemeinschaft 1986.

## 2.2 Die Neuregelung des Pflegesatzrechts durch die Bundespflegesatzverordnung 1995

### 2.2.1 Die Grundstruktur des neuen Entgeltsystems

Das neue Entgeltsystem sieht ein Mischsystem aus zwei grundsätzlich verschiedenen Entgeltformen vor: die auf Grundlage der Selbstkosten des jeweiligen Krankenhauses kalkulierten Entgelte und die den Krankenhäusern extern vorgegebenen pauschalierten Vergütungen (vgl. Abb. 1).<sup>17</sup>

Auf Grundlage der voraussichtlichen krankenhausspezifischen Kosten ist für jede bettenführende Abteilung ein gesonderter *Abteilungspflegesatz* zu berechnen, mit dem die Kosten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes dieser Abteilung sowie die von diesen veranlaßten Leistungen vergütet werden (§ 13 Abs. 2 BPfIV 1995). Aus den Abteilungspflegesätzen sind somit neben den Personalkosten der Abteilung auch die Kosten für die von dieser Abteilung angeforderten Labor- und Röntgenuntersuchungen, EKG, Sonographien etc. zu finanzieren.

Auf Grundlage der jeweiligen krankenhausspezifischen Selbstkosten ist ein für alle Abteilungen einheitlicher *Basispflegesatz* zu berechnen, aus dem die nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßten Leistungen zu finanzieren sind (§ 13 Abs. 3 BPfIV 1995). Dies sind insbesondere die Leistungen der Küche, Wäscherei, Verwaltung, allgemeinen Patientendienste etc.

Unabhängig von den jeweiligen Selbstkosten der einzelnen Krankenhäuser sind den Krankenhäusern für eine Reihe von Leistungen Fallpauschalen und Sonderentgelte vorgegeben.

Mit einer *Fallpauschale* werden die gesamten allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall mit einem Betrag vergütet, unabhängig von der Verweildauer und den tatsächlich entstandenen Kosten (§ 11 Abs. 1 BPfIV 1995). Eine Fallpauschale ist dann zu berechnen, wenn ein Patient die beiden durch die BPfIV 1995 (Anlage 1) vorgegebenen Klassifikationsmerkmale erfüllt. Entspricht die Hauptdiagnose der Diagnose für eine Fallpauschale und wird als Hauptleistung die gleiche operative Behandlung durchgeführt, die bei dieser Diagnose im Fallpauschalenkatalog vorgesehen ist, so darf das Krankenhaus für diesen Patienten in der Regel nur eine Fallpauschale in Rechnung stellen. Die Einschränkung 'in der Regel' bezieht sich darauf, daß der Fallpauschalenkatalog für jede Fallpauschale eine „Grenzverweildauer“ angibt, bei deren Erreichung das Krankenhaus gemäß § 14 Abs. 7 BPfIV 1995 für jeden weiteren Behandlungstag den jeweiligen Abteilungspflegesatz berechnen darf. Diese Regelung soll das wirtschaftliche Risiko, das dem Krankenhaus durch Komplikationen oder be-

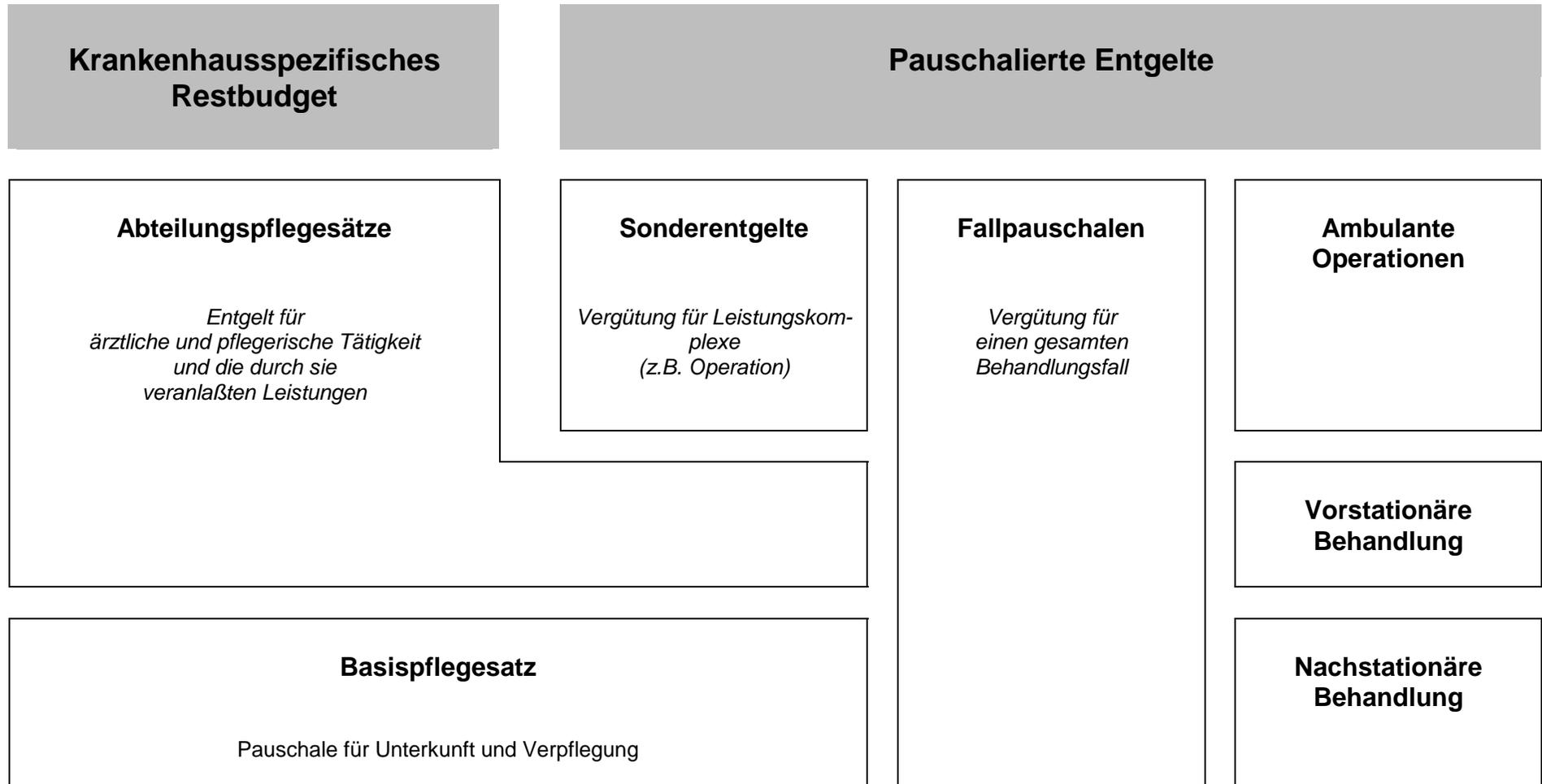
<sup>17</sup> Zur Einführung in die Bundespflegesatzverordnung 1995 vgl. u.a. Breitmeier 1995; Mohr/Kröger/Globig 1995; Tuschen/Quaas 1995. In dem in der Grafik verwendeten Begriff „Restbudget“ soll zum Ausdruck gebracht werden, daß es sich nach den Reformplänen um eine abnehmende und letztlich nur noch marginale Größe handeln soll. Zur Zeit wird in der Mehrzahl der Krankenhäuser noch der überwiegende Teil des Budgets über krankenhausspezifisch kalkulierte Entgelte finanziert.

sonders schwere Fälle entstehen kann, reduzieren und dadurch den Anreiz zur Patientenselektion dämpfen.

Abbildung 1:

## Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser

(Bundespfllegesatzverordnung 1995)



In besonderen Fällen kann zudem zusätzlich zur Fallpauschale ein Sonderentgelt berechnet werden, beispielsweise für eine weitere Operation in einem anderen Operationsgebiet, für besonders aufwendige diagnostische Maßnahmen, eine Rezidivoperation während desselben Krankenhausaufenthaltes oder für die Behandlung von Hämophiliepatienten (§ 14 Abs. 6 BPflV 1995). Für die Behandlung von Dialysepatienten darf zusätzlich ein teilstationärer Pflegesatz berechnet werden.

*Sonderentgelte* sind pauschale Vergütungen für einen Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen, sogenannte „Leistungskomplexe“. Bei den in der BPflV 1995 enthaltenen Sonderentgelten handelt es sich überwiegend um Vergütungen für Operationsleistungen, in einigen Fällen auch um Vergütungen für aufwendige diagnostische Maßnahmen (z.B. Linksherzkatheder-Untersuchung) und geburtshilfliche Leistungen.

Mit einem Sonderentgelt werden nur die Personal- und Sachkosten für die OP oder jeweilige diagnostische Maßnahme vergütet. Zusätzlich zum Sonderentgelt kann darum sowohl ein Abteilungspflegesatz als auch der Basispflegesatz berechnet werden. Da der Abteilungspflegesatz auch anteilige OP-Kosten enthält, die mit dem Sonderentgelt bereits abgegolten sind, wird der Abteilungspflegesatz für einen Sonderentgeltpatienten pauschal um 20 % gekürzt (§ 14 Abs. 2 BPflV 1995). Ohne eine derartige Kürzung würde ein Teil der OP-Kosten bei Sonderentgeltpatienten doppelt vergütet.

Fallpauschalen und Sonderentgelte gibt es bislang nur für chirurgische Fächer und einige diagnostische Maßnahmen. Auch die chirurgischen Fächer werden nicht vollständig erfaßt, sondern nur ein Teil der Diagnosen, so daß nach Schätzungen des BMG (1994b: 2) durch Fallpauschalen und Sonderentgelte durchschnittlich nur ca. 20-30 % des gesamten Budgets abgedeckt werden. Für die Innere Medizin sieht die BPflV 1995 keine Fallpauschalen und nur einige diagnostische Sonderentgelte vor. Für die Psychiatrie oder Neurologie sind noch keine Ansätze für Fallpauschalen und Sonderentgelte in Sicht (Eichhorn 1995: 21). Es wird somit voraussichtlich für längere Zeit bei einem Mischsystem bleiben.

Die Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte wird bislang in einem zweistufigen Verfahren für alle Krankenhäuser einheitlich festgesetzt. Auf Bundesebene legt das Bundesministerium für Gesundheit sogenannte „Bewertungsrelationen“ in der Bundespflegesatzverordnung fest. Bewertungsrelationen sind unterschiedliche Punktzahlen für jede einzelne Fallpauschale und jedes Sonderentgelt, jeweils differenziert in eine Punktzahl für Personalkosten und eine für Sachkosten. Sie sollen im Prinzip nur die Unterschiede im Behandlungsaufwand zum Ausdruck bringen, also beispielsweise das Verhältnis definieren, in dem eine Herzoperation aufwendiger ist als eine Blinddarmoperation. Für die Einstiegsversion wurden die Punktzahlen vom BMG allerdings so festgelegt, daß der einzelne Punkt einem Wert von 1 DM für das Jahr 1993 entspricht (§ 28 Abs. 7 BPflV 1995).

Auf einer zweiten Ebene der ‚Preisfestsetzung‘ vereinbaren für jedes Bundesland die jeweilige Landeskrankengesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen in jährlichen Verhandlungen den DM-Betrag, mit dem ein Punkt bewertet wird. Die Multiplikation von Bewertungsrelation (Punktzahl) und Punktwert (DM je Punkt) ergibt zusammen schließlich

die Höhe der einzelnen Fallpauschale bzw. des einzelnen Sonderentgeltes, die für alle Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes verbindlich ist.

Abweichungen von der landeseinheitlichen Entgelthöhe sind jedoch in bestimmten Fällen für einzelne Krankenhäuser möglich. So können Zuschläge zu einzelnen Fallpauschalen vereinbart werden, wenn ein Krankenhaus „die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann“ (§ 11 Abs. 3 BpflV 1995). Abschläge sind für den Fall vorgesehen, daß ein Krankenhaus nicht an der stationären Notfallversorgung teilnimmt oder nur ein hochspezialisiertes und ungewöhnlich eingeschränktes Leistungsangebot vorhält.

Weiterer Bestandteil des neuen Entgeltsystems sind die bereits erwähnten *Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren*. Bis 1995 wurde für die vorstationäre Behandlung das 1,8fache des krankenhausspezifischen Pflegesatzes als einmaliges Entgelt und für nachstationäre Behandlung das 0,6fache des Pflegesatzes für jeden Behandlungstag gezahlt. 1996 erfolgte eine Neuvereinbarung zwischen GKV und DKG, die für vorstationäre Behandlung eine einmalige Pauschale in Höhe von 330 DM und für nachstationäre Behandlung pro Tag 150 DM vorsieht (Litsch/Preuß 1996: 256). Zum 1.1.1997 trat eine neue gemeinsame Empfehlung von DKG und GKV in Kraft, die Ausdifferenzierung der Entgelte nach Fachabteilungen vorsieht (DKG/GKV 1996). Für vorstationäre Behandlung erhalten die Krankenhäuser je nach Fachabteilung ein einmaliges Entgelt zwischen 95 DM (Neurochirurgie) und 608 DM (Endokrinologie), für nachstationäre Behandlung pro Behandlungstag zwischen 35 DM (Allgemeine Chirurgie) und 646 DM (Strahlenheilkunde). Mit medizinisch-technischen Großgeräten erbrachte Leistungen werden nach einem Katalog gesondert vergütet.

### 2.2.2 Innerbetriebliche Leistungsverrechnung und interne Budgetierung

Das Pflegesatzrecht enthält traditionell nicht nur Vorschriften über zulässige Entgeltformen und das Pflegesatzverfahren, sondern seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 auch zunehmend detailliertere Vorschriften zur Gestaltung des betrieblichen Rechnungswesens. Die Bundespflegesatzverordnung 1995 bringt den Krankenhäusern nun eine gegenüber dem vorhergehenden Recht erhebliche Ausweitung von Vorschriften, und zwingt sie zu einer weitgehenden Umstrukturierung ihres Rechnungswesens. Um die je nach Krankenhaus bis zu 36 verschiedenen Abteilungspflegesätze kalkulieren zu können, müssen die direkten Personal- und Sachkosten der primären Leistungsstellen, also der bettenführenden Abteilungen bzw. Stationen, ermittelt und die anteiligen Kosten der sekundären Leistungsstellen, also bspw. Labor, Röntgen etc., entsprechend der in Anspruch genommenen Leistungen den primären Leistungsstellen über eine „innerbetriebliche Leistungsverrechnung“ zugeordnet werden. Diese Zuordnung hat in einer „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ (LKA) zu erfolgen und muß den Krankenkassen zur Budgetverhandlung vorgelegt werden.

Auch wenn dies durch die Bundespflegesatzverordnung 1995 nicht explizit vorgegeben ist, so ist in der Logik des neuen Entgeltsystems als fast zwangsläufige Konsequenz angelegt, das Krankenhausbudget im Rahmen einer internen Budgetierung in Teilbudgets aufzuspalten. Die

innerbetriebliche Leistungsverrechnung wiederum enthält als logische Konsequenz die Kalkulation von innerbetrieblichen Verrechnungspreisen, mit denen die sekundären Leistungsstellen ihre Personal- und Sachkosten den jeweiligen leistungsanfordernden Stellen in Rechnung stellen. Beides erfordert einen erheblich höheren Verwaltungsaufwand, der letztlich nur durch ein entsprechend ausgebauten EDV-System zu bewältigen ist.

### 2.3 Die „3. Stufe“ der Gesundheitsreform

Die bisherige Rekonstruktion der Änderungen der Krankenhausfinanzierung erfolgte im wesentlichen aus der Perspektive der Jahre 1993 bis 1995. Noch Anfang 1995 hatte es den Anschein, daß die im GSG skizzierte Planung von der Bundesregierung eingehalten und die Deckelung zum 31.12.1995 auslaufen würde. Danach wären die Krankenhäuser zum 1.1.1996 aus der Budgetdeckelung entlassen worden und die neue Bundespflegesatzverordnung wäre zur uneingeschränkten Anwendung gekommen. Nachdem sich jedoch abzeichnete, daß die Steigerung der Krankenhausbudgets 1994 noch deutlicher über der vorgegebenen Veränderungsrate lag als bereits 1993, wurde Anfang 1995 sowohl von den Krankenkassen als auch von SPD und DGB eine Fortsetzung der Deckelung, allerdings mit weniger Ausnahmeregelungen, gefordert.

Die Überschreitung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied durch die Steigerung der Krankenhausbudgets war - dies soll hier nochmals betont werden, um einer Mythenbildung entgegenzuwirken - nicht das Ergebnis einer 'Umgehung' des Krankenhausrechts. Es war vielmehr vor allem die Folge der im GSG enthaltenen Ausnahmeregelungen, worauf auch von seiten der Krankenkassen hingewiesen wurde (Oldiges 1995: 322). Ein erheblicher Teil des Übersteigungsbetrages geht zudem auf sogenannte 'Ausgleiche und Berichtigungen' zurück (vgl. Monka 1994a, 1994b, 1995). Dabei handelt es sich in erster Linie um die Nachzahlung vereinbarter Pflegesätze, die aufgrund einer niedriger als geplant ausgefallenen Belegung aber nicht gezahlt worden waren.

Die Überschreitung für 1994 enthält zudem 0,8 Prozentpunkte Budgeterhöhung, die wieder an die Krankenkassen zurückgezahlt werden mußten. Das BMG hatte Anfang 1994 geschätzt, daß die beitragspflichtigen Einnahmen um 3,2 % steigen würden, tatsächlich stiegen sie aber nur um 2,4 %. Da die Budgetvereinbarungen sich an der Vorausschätzung orientiert hatten, mußte der Überschreibungsbetrag über ein folgendes Budget zurückerstattet werden.

Die in der Budgetsteigerung enthaltenen Ausgleichszahlungen für vorhergehende Budgetzeiträume sowie die Überzahlung aufgrund einer zu hoch ausgefallenen Vorausschätzung müssen im Grunde aus dem GKV-Haushalt für 1994 herausgerechnet und anderen Haushaltsjahren zugeordnet werden. Dazu sind die Krankenkassen aufgrund des für sie geltenden Haushaltsrechts aber nicht in der Lage.<sup>18</sup> Nimmt man diese Bereinigungen vor, und rechnet zudem die beiden wichtigsten politisch gewollten Ausnahmeregelungen heraus,<sup>19</sup> so erscheint

<sup>18</sup> Zum Problem der buchhalterischen Behandlung von Ausgleichsbeträgen vgl. aus Sicht der Krankenhäuser: Weismann 1996; und aus Sicht der Krankenkassen: Neumann 1997.

<sup>19</sup> Dies waren die Berücksichtigung von Veränderungen der Leistungsstruktur aufgrund einer Änderung des Krankenhausplans und die Mehrkosten aufgrund der Neuregelung der Personalbemessung im Pflegedienst.

die Entwicklung weitaus weniger dramatisch für die GKV. Die krankenhauspolitische Diskussion des Jahres 1995 drang jedoch nicht bis zu diesen 'Feinheiten' vor.

Als Reaktion auf ein sich abzeichnendes Defizit der GKV in Höhe von ca. 7 Mrd. DM legte die Regierungskoalition ab Herbst 1995 mehrere Gesetzesinitiativen vor. Die in den Entwürfen zutage tretende krankenhauspolitische Konzeptionslosigkeit der Regierungskoalition war für die Krankenhäuser insofern von besonderer Bedeutung, als sie in die Zeit der Umstellung auf das neue Entgeltsystem fiel und die weitere Entwicklung für Krankenhäuser zunehmend unkalkulierbar machte.

Ende Oktober 1995 wurde der Entwurf einer *vierten Änderungsverordnung zur BPfIV 1995* vorgelegt,<sup>20</sup> der als wichtigste Regelung die Streichung der sogenannten '15 %-Grenze' für den Erlösausgleich bei Fallpauschalen und Sonderentgelten enthielt. Nach der alten Fassung der BPfIV 1995 sollten Mehr- oder Mindererlöse im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich bis zu einer Grenze von 15 % nicht ausgeglichen werden. Danach hätte ein Krankenhaus, das mehr Fälle in diesem Bereich behandelt, als in der Budgetvereinbarung vorgesehen, die daraus resultierenden Mehrerlöse bis zur Grenze von 15 % behalten dürfen. Durch die vierte Änderungsverordnung wurde ein 100%iger Ausgleich vorgeschrieben, so daß die Mehreinnahmen über das Budget eines folgenden Zeitraumes vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen waren.

Diese Änderung mindert zwar das Risiko einer für die Krankenkassen nicht kontrollierbaren Mengenausweitung, führt dafür aber zu nicht unerheblichen Problemen für die Patientenversorgung, auf die an späterer Stelle näher eingegangen wird. An dieser Stelle sei nur soviel bereits vermerkt: unter der Bedingung eines 100%igen Ausgleichs wird für das Krankenhaus jeder über die Planung hinausgehende Fall zu einem wirtschaftlichen Risiko, da den anfallenden Behandlungskosten keine Erlöse gegenüberstehen. Die Regelung läßt es darum als ökonomisch rational erscheinen, Patienten, die zu einer Überschreitung der geplanten Fallzahl führen, nicht aufzunehmen, an andere Krankenhäuser weiterzuverlegen oder bei nicht vermeidbaren oder verschiebbaren Behandlungen die Diagnosestellung oder sogar die Behandlung zu verändern, um den Fall unter einer anderen Fallpauschale abrechnen zu können.

Zeitgleich mit der vierten Änderungsverordnung wurde der Entwurf eines *KHG-Änderungsgesetzes* vorgelegt.<sup>21</sup> Zentraler Bestandteil war eine Neuregelung der Finanzierung der Instandhaltungskosten. Das Bundesverwaltungsgericht hatte in einem Urteil Anfang 1993 die bisherige Finanzierung aus der Investitionsförderung der Länder als nicht durch das KHG abgedeckt und damit nicht rechtmäßig erklärt. Der Versuch eine weitere Finanzierung über die Investitionsförderung durch eine entsprechende Änderung des Krankenhausfinanzierungsgeset-

---

<sup>20</sup> Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (Regierungsentwurf) (BR-Drs. 690/95 vom 25.10.1995).

<sup>21</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG (BT-Drs. 13/2745 vom 24.10.1995).

zes sicherzustellen, scheiterte an der Ländermehrheit im Bundesrat, die eine Finanzierung über die Pflegesätze forderte.<sup>22</sup>

Anfang Oktober 1995 einigen sich die Experten der Regierungskoalition auf die Fortsetzung der Deckelung. Die laufenden Budgetverhandlungen für 1996 wurden daraufhin wegen der unklaren Rechtslage sofort abgebrochen (Krankenhaus Umschau 12/1995: 952). Der Ende November 1995 vorgelegte Entwurf eines *Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996* (Stabilisierungsgesetz)<sup>23</sup> brachte die Verlängerung der Budgetdeckelung bis Ende 1996. Allerdings zog sich das Gesetzgebungsverfahren wegen der Auseinandersetzungen zwischen Regierungskoalition und SPD-Opposition um die Beteiligung der SPD-Fraktion an der Ausgestaltung der 3. Stufe der Gesundheitsreform noch bis Ende März 1996 hin. Erst danach konnten die Budgetverhandlungen sinnvollerweise wieder aufgenommen werden. Die Budgetverhandlungen zogen sich teilweise über Monate hin, erzielte Vereinbarungen mußten mehrmals dem jeweiligen aktuellen Stand der Verordnungs- und Gesetzgebungsverfahren angepaßt werden und die Budgetabschlüsse erfolgten zumeist erst im Sommer, teilweise aber auch erst im Herbst 1996 (vgl. hierzu exemplarisch Neumann 1996). Der Einstieg in das neue Entgeltsystem mußte von den Krankenhäusern somit auf einer weitgehend unklaren Kalkulationsgrundlage vollzogen werden.

Nach § 1 Stabilisierungsgesetz hatte sich die Steigerung der Krankenhausbudgets 1996 an der linearen Erhöhung des Bundes-Angestellentarifes zu orientieren. Strukturelle Veränderungen des Tarifvertrages und Personalkostensteigerungen aufgrund von Altersgruppenstufen blieben folglich ebenso unberücksichtigt wie steigende Sozialversicherungsbeiträge. Die wichtigsten im GSG enthaltenen Ausnahmeregelungen blieben erhalten, nur die Berücksichtigung der Mehrkosten aufgrund der Pflege-Personalregelung entfiel. Daß es im ersten Halbjahr 1996 erstmalig in der Geschichte der Bundesrepublik zu einem absoluten Rückgang der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung kam, kann - das wird bereits daraus ersichtlich, daß die Budgetvereinbarungen für 1996 zumeist erst in der zweiten Jahreshälfte geschlossen wurden - nicht als Erfolg des Stabilisierungsgesetzes gewertet werden.

Bereits einen Monat nach Vorlage des Stabilisierungsgesetzes wurde der Reigen der Gesetzes- und Verordnungsentwürfe um eine weitere Variante erweitert, die - wäre sie in Kraft getreten - dem System der Krankenhausfinanzierung eine völlig neue Wendung gegeben hätte. Der Ende November 1995 vorgelegte Entwurf eines *Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997* (KHNG 1997)<sup>24</sup> beinhaltete im Kern eine Annäherung Krankenhausfinanzierung an das Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung. Im Krankenhausbereich sollten danach Gesamtvergütungen auf Landesebene zwischen den jeweiligen Landesverbänden mit Wirkung für die einzelnen Krankenhäuser vereinbart werden. Das Vorhaben scheiterte jedoch

---

<sup>22</sup> Eine Neuregelung erfolgte daraufhin erst durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz Mitte 1997, das die Finanzierung ausschließlich den Mitgliedern der GKV über einen Beitragszuschlag in Höhe von 20 DM pro Jahr übertrug.

<sup>23</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 (BT-Drs. 13/3061 vom 22.11.1995).

<sup>24</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) (BT-Drs. 13/3062 vom 22.11.1995).

an der SPD-Mehrheit im Bundesrat, die ihre Zustimmung nur um den Preis einer Beteiligung an der Gesundheitsreform geben wollte. Diesen Preis war aber insbesondere die FDP nicht bereit zu zahlen. Sie hatte beim Gesundheitsstrukturgesetz die Erfahrung gemacht, daß sie im Falle einer koalitionsübergreifenden Reform erheblich an Einfluß verliert, da ihre Stimmen für die Verabschiedung des Gesetzes nicht mehr erforderlich sind.

Auch wenn das KHNG 1997 gescheitert ist, so ist es für die vorliegende Untersuchung doch insofern von Bedeutung, als allein die Vorlage des Entwurfs geeignet war, Verunsicherung im Krankenhausmanagement auszulösen. Wird die Krankenhausfinanzierung auf landesweite Gesamtvergütungen umgestellt, stellt sich die Frage nach dem Sinn des neuen Entgeltsystems. Es könnte im Grunde lediglich noch die Funktion einer „Gebührenordnung für Krankenhausleistungen“ (Baum 1994: 341), analog zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen, erfüllen. Ob sich dafür der erhebliche administrative Aufwand für die Umstellung des Rechnungswesens auf Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte lohnt, kann durchaus ernsthaft bezweifelt werden.

Das ‘Füllhorn’ krankenhauspoltischer Ideen der Regierungskoalition war mit dem KHNG 1997 aber keineswegs erschöpft. Mit der Vorlage eines *GKV-Weiterentwicklungsgesetzes*<sup>25</sup> wurde Ende Januar 1996 u.a. ein erneuter Versuch unternommen, Regelungskompetenzen auf die Verbände im Krankenhausbereich zu verlagern, um so zu den gewünschten Gesamtvergütungen kommen zu können. Auch dieser Gesetzentwurf scheiterte. Nachdem sich die Koalition darauf verständigt hatte, nur noch zustimmungsfreie Gesetze vorzulegen, war ihren Vorhaben mehr Überlebensfähigkeit beschert. Das Mitte Mai 1996 vorgelegte *Beitragsentlastungsgesetz*<sup>26</sup> brachte den Krankenhäusern eine pauschale Kürzung ihrer Budgets um 1 % für die Jahre 1997, 1998 und 1999. Begründet wurde die Kürzung mit den zum 1.7.1996 in Kraft getretenen stationären Leistungen der Pflegeversicherung, die zu einer Entlastung der Krankenhäuser von sogenannten Fehlbelegungen führen würden. Durch die Budgetkürzung sollte sichergestellt werden, daß die nach Auffassung der Bundesregierung dadurch eintretende finanzielle Entlastung der Krankenhäuser an die Kassen weitergegeben wird.

Den Schlußpunkt der krankenhauspoltischen Eingriffe im Rahmen der 3. Stufe bildete das Ende 1996 vorgelegte und im März 1997 verabschiedete *Zweite GKV-Neuordnungsgesetz*. Seine Regelungen laufen auf eine Fortsetzung der Deckelung hinaus und weisen in Richtung auf die Vereinbarung von Gesamtvergütungen. Die Steigerung der Krankenhausbudgets wird danach für 1997 auf 1,3 % für Westdeutschland und auf 2,3 % für Ostdeutschland festgesetzt. Ab 1998 haben Deutsche Krankenhausgesellschaft GKV-Spitzenverbände eine gemeinsame Vorausschätzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zu vereinbaren, die als Orientierung den Budgetverhandlungen zugrunde zu legen ist. Eine nach-

---

<sup>25</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz - GKVWG) (BT-Drs. 13/3608 vom 30.1.1996).

<sup>26</sup> Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG) (BT-Drs. 13/4615 vom 10.05.1996).

trägliche Korrektur für den Fall, daß die tatsächliche Veränderungsrate von der Vorausschätzung abweicht, ist nicht mehr vorgesehen. Über die in den bisherigen Deckelungen enthaltenen Ausnahmen sind weitere zugelassen. So rechtfertigt beispielsweise eine Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur oder eine Fallzahlerhöhung die Überschreitung der Orientierungsgröße.

Dennoch wird sich das Jahr 1997 für Krankenhäuser insofern wirtschaftlich schwierig gestalten, als - um es am Beispiel westdeutscher Krankenhäuser zu erläutern - der Budgetsteigerung um 1,3 % durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz eine Kürzung um 1 % durch das Beitragsentlastungsgesetz und eine Rückzahlungsverpflichtung in Höhe von 1,1 Prozentpunkten für Überzahlungen in 1995 gegenüberstehen. Die Rückzahlungsverpflichtung ergibt sich daraus, daß die Vorausschätzung des BMG für 1995 mit 1,7 % erheblich über der tatsächlichen Veränderungsrate in Höhe von 0,6 % lag. Allein aus diesen drei Faktoren resultiert eine Kürzung des Budgets für 1997 um 0,8 Prozentpunkte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß die krankenhauspolitische Entwicklung seit Mitte 1995 den ökonomischen Druck auf Krankenhäuser verstärkte. Dazu trugen vor allem die Begrenzung des Budgetzuwachses auf niedrigem Niveau und die pauschale Kürzung der Budgets bei, die mit Rückzahlungsverpflichtungen für vorhergehende Budgets zusammentreffen. Zudem wurde dem Krankenhausmanagement durch die anhaltende Unsicherheit der Rechtslage in wichtigen Bereichen Planungssicherheit entzogen. Die krankenhauspolitische Entwicklung wurde von den Akteuren auf seiten der Krankenhausverbände denn auch - mit zunehmendem Verlust erkennbarer langfristiger Konzeptionen - mit der Bemerkung quittiert, in der Krankenhauspolitik herrsche zur Zeit „management by potatoes: ‘Rein in die Kartoffeln - raus aus den Kartoffeln’“ (Mohr 1995b: 979).

## II. Aktuelle Veränderungsprozesse im Krankenhausbereich

Der folgende zweite Teil behandelt die aktuellen Veränderungsprozesse im Krankenhausbereich. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auswirkungen der im Finanzierungsrecht enthaltenen ökonomischen Anreize auf Patientenversorgung, Organisationsstrukturen und Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich. Es werden jeweils zunächst die sich aus den Neuregelungen ergebenden Anforderungen dargestellt, daran anknüpfend Handlungsoptionen herausgearbeitet und bereits beobachtbare Reaktionen und Strategien aufgezeigt. Das erste Kapitel befaßt sich mit den Auswirkungen der Budgetdeckelung, das zweite mit der Umsetzung des neuen Entgeltsystems und im dritten wird auf eine Entwicklungslinie näher eingegangen, die belegt, daß verstärkter ökonomischer Druck auf Krankenhäuser auch für die Verwirklichung innovativer Konzepte genutzt wird. Unter der Zielorientierung einer mittel- und langfristigen Beschäftigungssicherung gehen Krankenhäuser dazu über, mit anderen Leistungsanbietern zu kooperieren und sich zu Zentren für eine integrierte Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Insgesamt befinden sich die Veränderungsprozesse in Krankenhäusern noch im Anfangsstadium und weisen eine hohe Varianz auf. Das Spektrum der anzutreffenden Reaktionsmuster reicht von der Weiterführung der bisherigen Praxis ohne wesentliche Veränderungen bis hin zu Ansätzen für eine tiefgreifende Neustrukturierung von Versorgungsabläufen und Organisationsstrukturen.

Die tendenziell eher abwartende Haltung vieler Krankenhausleitungen, insbesondere beim Umstieg auf das neue Entgeltsystem, kann vor dem Hintergrund der krankenhauspolitischen Entwicklung seit ca. 1995 durchaus als rationale Unternehmensstrategie gelten. Nicht nur, daß die Deckelung der Krankenhausbudgets, entgegen mehrfacher anderslautender Ankündigungen, erst um ein Jahr und dann auf unbegrenzte Zeit fortgesetzt wurde, auch andere Gesetzes- und Verordnungsvorhaben der Bundesregierung waren geeignet, die Krankenhauspolitik des Bundes aus Sicht des Krankenhausmanagements als kaum noch prognostizierbar erscheinen zu lassen (Mohr 1995a, 1995b; Eichhorn 1995). Unter diesen ungewissen Rahmenbedingungen kann es als sinnvollste Strategie erscheinen, zunächst einmal abzuwarten, wohin denn nun die 'krankenhauspolitische Reise' gehen soll. Daß gegenüber dem Bestand der Reformkonzeption Skepsis angeraten ist, wurde zudem auch durch Äußerungen von seiten politikberatender Wissenschaftler wie auch der zuständigen Länderbehörden bestärkt, in denen von einem „bundesweiten Feldversuch“ (Eichhorn 1993: 122; Baugut/Schmitz 1993: 170) und „Großexperiment“ (Müller 1993: 503) mit offenem Ausgang die Rede war, dessen „kurzfristiges Scheitern“ nicht ausgeschlossen sei (Bruckenberger 1993: 513).

Vor dem Hintergrund der Unsicherheit über die weitere Entwicklung der Krankenhausfinanzierung kann es daher auch nicht überraschen, daß sich weitergehende Veränderungen von Versorgungsprozessen und Organisationsstrukturen auch im Jahr 1997 noch auf relativ wenige Krankenhäuser beschränken. Die bereits erkennbaren Veränderungen lassen sich in zwei wesentlichen Entwicklungstrends zusammenfassen. Vor allem bedingt durch die Deckelung, die Einführung des neuen Entgeltsystems und die zunehmend restriktivere Verhandlungsfüh-

Die Entwicklung der Krankenkassen ist ein sukzessives Vordringen ökonomischer Denk- und Handlungsmuster im Krankenhaus zu beobachten. 'Wirtschaftliches Denken' dringt zunehmend in Bereiche des Krankenhauses vor, die bislang in der Regel relativ frei von ökonomischen Erwägungen waren. Entscheidungen über Diagnostik, Therapie und Pflege haben sich nicht mehr nur am Stand der Wissenschaft und dem medizinisch Notwendigen zu orientieren, sondern zunehmend auch die durch ärztliche und pflegerische Leistungen verursachten Kosten und zu erzielenden Einnahmen zu berücksichtigen.

Diese Entwicklung folgt den Intentionen des ursprünglichen Reformkonzepts der Bundesregierung, möglichst viele Beschäftigte im Krankenhaus zu „kostenbewußtem Handeln“ zu motivieren (Luithlen/Tuschen 1989: 151) und interne Diskussionen über Budgetüberschreitungen und Ressourcenverbrauch auszulösen (BMA 1989: 39). Bei der Bewertung dieser Entwicklung sind allerdings deutliche Differenzen feststellbar. Während sich die Befürworter der Reformen, insbesondere aus den Reihen der Krankenkassen, vom Vordringen des 'wirtschaftlichen Denkens' die seit langem geforderte Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven erhoffen (Fiedler 1992; Oldiges 1993; Reher 1993), verweisen Kritiker auf die Gefahr einer „Ökonomisierung“ und Schädigung der ärztlich-pflegerischen Ethik, die zu einer Risikoselektion und sozial ungleichen Versorgung führen könnte (so u.a. Bruckenberg 1994a; Kühn 1992).

Als zweiter, deutlich erkennbarer Trend ist im Krankenhausbereich eine Entwicklung erkennbar, die auf eine verbesserte Integration von Versorgungsprozessen sowie verstärkte Kooperation des Krankenhauses mit anderen Leistungsanbietern gerichtet ist. Leitvorstellung für diese Entwicklung ist die Umwandlung des Krankenhauses in ein Zentrum für integrierte Gesundheitsversorgung (GKV 1994b) bzw. in ein „Gesundheitszentrum“ (DKG 1994b). Diese Entwicklungslinie ist zwar auch durch die Deckelung mit beeinflusst, insofern es um die Erschließung neuer Geschäftsfelder für Krankenhäuser geht, durch die neue, ungedeckelte Einnahmen erzielt oder eine rückläufige Belegung kompensiert werden können, primär steht sie aber mit Impulsen aus GSG und Pflege-Versicherungsgesetz im Zusammenhang. Die Zulassung der vor- und nachstationären Behandlung sowie des ambulanten Operierens durch das GSG, hat die Diskussion über eine stärkere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu belebt. In dieser Diskussion haben Krankenhäuser zunehmend Vorstellungen für eine Integration von Versorgungsprozessen entwickelt, in denen das Krankenhaus im Zentrum steht, ein wachsendes Leistungsspektrum selbst abdeckt oder aber zumindest ambulante und stationäre Versorgungsprozesse koordiniert. Gefördert wurde diese Entwicklungsoption durch das 1994 in Kraft getretene Pflege-Versicherungsgesetz und die Aufforderung des BMA, freiwerdende Krankenhausbetten nicht zu schließen, sondern in wirtschaftlich selbständige Pflegeeinrichtungen am Krankenhaus umzuwidmen (Vollmer 1993). Die seit ca. 1995 erkennbar wachsende Bereitschaft der Länder, Betten in größerem Umfang aus ihren Krankenhausplänen zu streichen, trägt sicherlich ebenfalls zur Förderung dieses Trends bei.

Beide Entwicklungslinien, die eines Vordringens ökonomischer Rationalität im Krankenhaus und die einer stärkeren Integration von Versorgungsprozessen, stehen keineswegs alternativ, sondern können in einem Krankenhaus sehr wohl zugleich anzutreffen sein. Der ge-

meinsame Bezugspunkt liegt in dem Ziel einer mittel- und langfristigen Sicherung der wirtschaftlichen Existenz des Krankenhauses. Während das Vordringen ökonomischer Rationalität vor allem dazu dienen soll, die Kostenentwicklung im Rahmen des gedeckelten Budgets oder extern vorgegebener Fallpauschalen und Sonderentgelte zu halten, zielt die Umwandlung des Krankenhauses in ein Zentrum für integrierte Versorgung oder Gesundheitszentrum - aus ökonomischer Perspektive - auf die Sicherung von Nachfrage und Positionierung des Unternehmens auf einem zukünftigen 'Markt' für Krankenhausleistungen.

## **1. Die sektorale Budgetierung und ihre Wirkungen**

Die folgenden Ausführungen über die Wirkungen der sektoralen Budgetierung im Krankenhausbereich beziehen sich in erster Linie auf die Phase der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz, also die Jahre Anfang 1993 bis Ende 1995. Sie gelten vom Grundsatz her aber auch für die Fortsetzung der Budgetdeckelung durch das Gesetz zur Stabilisierung der Krankenausgaben 1996 sowie die Weiterführung ab 1997 durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG).

Um die Wirkung der Budgetdeckelung auf den Krankenhausbereich verstehen zu können, ist es zunächst sinnvoll, die Deckelung aus Sicht der Krankenhäuser zu betrachten. Die Regelungen im Gesundheitsstrukturgesetz bedeuteten für Krankenhäuser vor allem, daß die Gesamtsumme der Pflegesatzeinnahmen unabhängig von der Leistungsentwicklung begrenzt wird. Weder eine höhere Fallzahlen noch eine höhere durchschnittliche Leistungsintensität je Patient führten zu zusätzlichen Einnahmen. Aus einer höheren Belegung als im Budget vereinbart resultierten zwar zunächst Pflegesatzmehreinnahmen, diese mußte aber an die Krankenkassen zurückgegeben werden. Daraus ergab sich für das einzelne Krankenhaus an erster Stelle die Notwendigkeit, die Entwicklung seiner Kosten im vorgegebenen Budgetrahmen zu halten. Dazu mußte die verstärkte Aufmerksamkeit auf die Leistungen, insbesondere die Belegung, Fallzahl und letztlich auch Fallstruktur, gelenkt werden. Da die Wahlleistungseinnahmen nicht der Deckelung unterlagen, bot sich dadurch die Möglichkeit zur Erschließung zusätzlicher, nicht gedeckelter Einnahmen, mit denen eventuelle Verluste im Pflegesatzbereich ausgeglichen werden können. Strategien zur Eingrenzung des wirtschaftlichen Risikos durch die Deckelung mußten somit bei der Kostensteuerung, der Leistungssteuerung und der Erlössteuerung ansetzen (DKG 1993a, 1993c).

### ***1.1 Strategien zur Begrenzung der Kostenentwicklung***

Unter der Deckelung mußte zunächst einmal die Überwachung der Kostenentwicklung oberste Priorität genießen (DKG 1993c: 159). Die Notwendigkeit zur Kontrolle der Kostenentwicklung stellte sich jedoch nicht für alle Kostenarten gleich, da dem Krankenhaus durch die im GSG enthaltenen Ausnahmeregelungen für einen Teil der Kostenentwicklung ein Anspruch auf Kostenerstattung eingeräumt worden war.

Im Bereich der *Personalkosten* stellte die *Preisentwicklung* kein Risiko für das Krankenhaus dar, da es einen Anspruch auf Ausgleich der Mehrkosten hatte, die durch eine über der Dek-

kelungsgrenze liegende BAT-Erhöhung entstanden. Die *Mengenentwicklung* im Bereich der Personalkosten konnte überwiegend ebenfalls nicht zu einem nennenswerten wirtschaftlichen Risiko für die Krankenhäuser werden, da die Zahl der Personalstellen im Budget festgelegt wird. Mehrkosten aufgrund der Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung und Pflege-Personalregelung waren von den Kassen zu erstatten. Problematisch konnte im Bereich der Personalkostenentwicklung dagegen die Entwicklung der Überstundenvergütungen werden, deren Ausweitung vollständig zu Lasten des Krankenhauses ging. Da Überstundenvergütungen in bedeutendem Umfang in erster Linie im ärztlichen Dienst anfallen, konnte der Problembereich weitgehend auf die Entwicklung der Überstundenvergütungen im ärztlichen Dienst eingegrenzt werden (DKG 1993c: 162).

Im Bereich der *Sachkosten* lag das Risiko durch eine überproportionale *Mengen-* und *Preisentwicklung* weitgehend bei den Krankenhäusern. Ausgenommen waren lediglich Sachkostensteigerungen, die durch eine im Krankenhausplan vorgesehene Änderung des Leistungsspektrums verursacht wurden. Sie mußten von den Krankenkassen erstattet werden. Für Krankenhäuser bestand somit die Notwendigkeit, sowohl die Mengen- als auch die Preisentwicklung zu kontrollieren und gegebenenfalls gegenzusteuern (DKG 1993a, 1993c). Auch für die Sachkosten gilt, daß die Risiken vor allem von einem Bereich ausgingen. Es waren primär die Kosten des medizinischen Bedarfs, deren Entwicklung zu einem Risiko werden konnte, da der medizinische Bedarf in hohem Maße von der Entwicklung der Fallzahl und Fallstruktur abhängig ist. Werden mehr und schwerere Fälle versorgt, muß dies fast unvermeidbar zu einem deutlichen Anstieg des Verbrauchs an Infusionen, OP-Bedarf, ärztlich-pflegerischem Verbrauchsmaterial etc. führen. Die Begrenzung der Kosten des medizinischen Bedarfs war folglich davon abhängig, ob es gelang, die Entwicklung der Fallzahl und Fallstruktur zu kontrollieren. Erfolgreiche Kostensteuerung ist somit auf eine funktionierende Leistungssteuerung angewiesen.

Im folgenden wird zunächst auf einige Strategien zur Kostenkontrolle näher eingegangen, die von besonderer Bedeutung für die Arbeitssituation im Krankenhaus und die Qualität der stationären Versorgung sind. Daran anschließend wird der Zusammenhang zwischen Budgetdeckelung und Leistungssteuerung genauer herausgearbeitet, um vor dem Hintergrund des Wissens über Anreizstrukturen anhand von Daten der Krankenhausstatistik und Berichten aus der Krankenhauspraxis zu untersuchen, welche Strategien der Leistungssteuerung angewendet wurden.

### *1.1.1 Strategien zur Begrenzung der Personalkosten*

Wie bereits erwähnt, galten die *Überstundenvergütungen im ärztlichen Dienst* nach Einschätzung der Krankenhausträger als bedeutendster Risikofaktor im Bereich der Personalkostenentwicklung. Um ihn in den Griff zu bekommen, empfahl die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Anordnung von Überstunden im ärztlichen Dienst nur in Abstimmung mit der Krankenhausleitung zuzulassen (DKG 1993c: 162). Da ein Anspruch auf Vergütung nur für angeordnete Überstunden besteht, war dadurch die Möglichkeit gegeben, die Entwicklung der Überstundenvergütungen zu kontrollieren. Diese Strategie dürfte zwar die Zahl der vergüteten

Überstunden begrenzt haben, nicht jedoch die der tatsächlich erbrachten, denn im ärztlichen Dienst handelt es sich überwiegend um nichtangeordnete Überstunden, die erbracht werden, weil es die Versorgungssituation erfordert oder Vorgesetzte erwarten (Stern 1996: 64).

Insbesondere die in der Ausbildung befindlichen Ärzte sehen sich einem zunehmenden Druck ausgesetzt, der sie dazu veranlaßt, über ihre zahlreichen Bereitschaftsdienste hinaus regelmäßig Überstunden in erheblichem Umfang zu leisten (ebd.: 89). Zum einen fühlen sie sich für die Versorgung der Patienten persönlich verantwortlich und sehen sich genötigt, eine unzureichende Personalbesetzung durch Überstunden zu kompensieren. Zum anderen erhöht die Verschlechterung ihrer beruflichen Zukunftsperspektiven durch die Niederlassungsbeschränkungen infolge des GSG und der beobachtbare Trend zu immer kürzeren Laufzeiten ihrer befristeten Arbeitsverträge die Abhängigkeit der Assistenzärzte vom Wohlwollen der leitenden Ärzte. Die Chefärzte wiederum müssen unter dem steigenden ökonomischen Druck daran interessiert sein, daß das Personalkostenbudget nicht durch steigende Überstundenvergütungen belastet wird. Unter den Bedingungen eines seit 1993 bestehenden weitgehenden Stellenstops bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen konnte eine restriktivere Bewilligung bezahlter Überstunden somit letztlich nur zu einer Umwandlung von vergüteten Überstunden in unbezahlte Mehrarbeit führen.

Der wachsende ökonomische Druck unter der Deckelung bewirkt in vielen Krankenhäusern offenbar auch verstärkte Bestrebungen zur *Reduzierung krankheitsbedingter Ausfallzeiten*. Von gewerkschaftlicher Seite wird in diesem Zusammenhang von einer in den letzten Jahren zu beobachtenden Zunahme von Abmahnungen und Kündigungsdrohungen berichtet. Betroffen sind davon bislang in erster Linie Beschäftigte in Küchen, Wäschereien, Transportdiensten etc. Für sie tritt der wachsende ökonomische Druck auf das Krankenhaus als Verunsicherung des eigenen Arbeitsplatzes in Erscheinung. Die genannten Bereiche waren bereits vor Inkrafttreten des GSG vielfach privatisiert oder durch Bezug von Fremdleistungen ersetzt worden (Helmig 1994; Jeschke/Hailer 1995). Die verbliebenen Abteilungen stehen nun auf der Liste möglicher Ausgliederungen auf vorderen Rängen. Mittlerweile greift die Verunsicherung aber auch auf medizinische Bereiche über, beispielsweise auf Labors, Röntgenabteilungen etc., da zunehmend darüber diskutiert wird, auch diese Abteilungen auszugliedern.

### *1.1.2 Strategien zur Begrenzung der Sachkosten*

Im Bereich der Sachkosten galten - wie bereits erwähnt - vor allem die Kosten für den medizinischen Bedarf als Problembereich (DKG 1993c). Als erfolgversprechende Strategien zur kurzfristig wirksamen Begrenzung der Kosten des medizinischen Bedarfs werden vor allem zwei Ansätze gehandelt: eine Neuorganisation des Einkaufs - bspw. in Form von Einkaufskooperationen (vgl. u.a. Globig 1996) - vor allem aber eine gezielte Leistungssteuerung, um bereits bei der Entstehung von Kosten anzusetzen (vgl. u.a. Fack-Asmuth 1996; Hahn 1996; Hansen/Nehmert 1997).

Die Notwendigkeit zur Begrenzung der Kosten für medizinischen Bedarf und damit auch zur Leistungssteuerung ergab sich zunächst einmal daraus, daß für eine über dem Deckel liegende Steigerung der Sachkosten kein Anspruch auf Kostendeckung bestand. Seine besondere

Bedeutung erhielt die Entwicklung des medizinischen Bedarfs aber dadurch, daß die Krankenhäuser ein sogenanntes »festes Budget« erhielten, d.h. weder eine höhere Belegung noch eine Fallzahlsteigerung oder Änderung der Fallstruktur zu Mehreinnahmen führen durfte. Die Vorgaben des festen Budgets waren es letztlich, die es für Krankenhäuser dringend erforderlich machten, die Entwicklung der Leistungen zu steuern. Da die Regelungen des festen Budgets bislang noch nicht erläutert wurden, aber für das Verständnis des ökonomischen Hintergrundes der Leistungssteuerung unerlässlich sind, soll der Zusammenhang von festem Budget, Begrenzung der Ausgaben für medizinischen Bedarf und Leistungssteuerung in einem kurzen Exkurs herausgearbeitet werden.

*Exkurs: Zum Zusammenhang von »festem Budget«, Kosten des medizinischen Bedarfs und Leistungssteuerung*

Durch GSG und Stabilisierungsgesetz 1996 wurde den Krankenhäusern ein sogenanntes »festes Budget« vorgegeben, das - abgesehen von den bereits erwähnten Ausnahmen - nur um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied steigen durfte. Da den Pflegesätzen lediglich die Funktion einer Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget zu kommt,<sup>27</sup> ist für die Einnahmesituation des Krankenhauses somit allein das vereinbarte Budget maßgeblich. Über die Pflegesätze wird das Budget dem Krankenhaus sukzessive überwiesen, so daß mit Erreichen der vereinbarten Belegung zugleich auch das vereinbarte Budget gezahlt wurde.

Für den Fall einer Abweichung der tatsächlichen Belegung von der vereinbarten, war durch das GSG ein vollständiger Ausgleich der daraus resultierenden Mehr- oder Mindereinnahmen vorgeschrieben. Mehreinnahmen aus einer höheren Belegung mußten vom Krankenhaus an die Krankenkassen zurückerstattet werden, Mindereinnahmen des Krankenhauses aufgrund einer Minderbelegung mußten von den Kassen nachgezahlt werden. Der Ausgleich war über das Budget eines folgenden Zeitraumes vorzunehmen, in der Regel in Form einer anteiligen Kürzung oder Erhöhung.

Aus diesen Regelungen ergab sich für die Krankenhäuser in bezug auf die Kostendeckung im Bereich des medizinischen Bedarfs folgende Problematik: Wurden mehr Behandlungstage erbracht als im Budget vereinbart, fielen an den zusätzlichen Tagen zwar direkte Behandlungskosten an, diese wurden dem Krankenhaus aber nicht vergütet. Eine höhere Belegung als vereinbart war folglich für das Krankenhaus mit dem Risiko einer Kostenunterdeckung im Bereich der variablen belegungsabhängigen Kosten verbunden. Dies betraf vor allem die Kosten des medizinischen Bedarfs. Eine Minderbelegung war dagegen eher mit positiven Sanktionen verbunden. Es wurden weniger Behandlungstage erbracht als vereinbart, die Kassen mußten aber dennoch die Pflegesätze bis zur Budgetgrenze zahlen. Minderbelegung war dementsprechend mit der Chance einer Kostenüberdeckung verbunden. Allerdings mußte ein Krankenhaus damit rechnen, daß die Kassen bei einer anhaltenden Reduzierung der durchschnittlichen Belegung eine Bettenreduzierung fordern und das Land die nicht belegten Betten aus dem

<sup>27</sup> Vgl. amtl. Begründung zu § 21 BPflV 1995 (BR-Drs. 381/94: 38).

Krankenhausplan streicht. Die Minderbelegung durfte folglich eine gewisse Toleranzschwelle nicht überschreiten. Die favorisierte Option vieler Krankenhausleitungen war darum die mit den geringsten Risiken verbundene sogenannte »Punktlandung« bei der Belegung.

Allerdings bot auch die Punktlandung keine Gewähr für die Vermeidung von Kostenunterdeckungen. Denn: gelingt es einem Krankenhaus, unter der Deckelung die vereinbarte Belegung einzuhalten, so kann zwar davon ausgegangen werden, daß sich die primär belegungsabhängigen variablen Kosten, wie bspw. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, im Rahmen des Budgets halten, für Sachkosten, die eher von der Fallzahl und Fallstruktur abhängen, wie bspw. die Kosten des medizinischen Bedarfs, ist diese Sicherheit jedoch nicht gegeben. Bei plankonformer Belegung kann die Fallzahl erheblich angestiegen sein und kann der Anteil schwerer Fälle deutlich über der Planung liegen. Beides kann zwar durch Leistungsintensivierung mit der gleichen Anzahl Personal bewältigt werden, nicht jedoch mit dem gleichen Aufwand an medizinischem Bedarf, also ärztlich-pflegerischem Verbrauchsmaterial, Labormaterial etc. Da weder das GSG noch das Stabilisierungsgesetz Ausnahmeregelungen für Fallzahlsteigerung und eine Zunahme des Anteils schwerer Fälle vorsah, waren beide Entwicklungen für ein Krankenhaus mit dem Risiko der Kostenunterdeckung insbesondere im Bereich des medizinischen Bedarfs verbunden.

Wollte ein Krankenhaus unter dem »festen Budget« Kostenunterdeckungen vermeiden, mußte es vor allem bei der Leistungserbringung ansetzen. Entscheidende Ansatzpunkte hierzu mußten vor allem die Verhinderung von Mehrbelegungen und Vermeidung von Fallzahlsteigerungen sein. Da über die Veränderung des Fallmixes die Kostensituation ebenfalls entscheidend beeinflußt wird, kam es darauf an, eine Zunahme behandlungsaufwendiger Fälle zu vermeiden. Aus rein ökonomischer Perspektive ergab sich aus der Deckelung somit ein starker Anreiz zur Reduzierung der Krankenhausaufnahmen und Verkürzung der Verweildauer, aber auch zur Risikoselektion. Auf diese problematischen ökonomische Anreize durch die Deckelung wurde bereits vor Verabschiedung des GSG von mehreren Seiten hingewiesen.<sup>28</sup>

In der Diskussion über die Anreizwirkungen der Deckelung mußte vor Inkrafttreten des GSG allerdings die Frage unbeantwortet bleiben, inwieweit diese Risiken auch zu tatsächlichen Reaktionen in den Krankenhäusern führen werden. Es konnte nur auf der Basis von plausiblen Vermutungen argumentiert werden. Im Hinblick auf die besondere Bedeutung der stationären Versorgung für das Gesundheitssystem wäre es notwendig gewesen, die Auswirkungen derart problematischer Regelungen auf versorgungsrelevante Entscheidungen im Krankenhaus im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluieren zu lassen. Soweit Untersuchungen zur Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich in der Folgezeit vorgelegt wurden, waren diese jedoch fast ausschließlich auf rein ökonomische Daten, vor allem Finanzdaten, oder den Stand der Einführung von vor- und nachstationärer Behandlung und ambulantem Operieren bezogen (vgl. u.a. Asmuth/Blum 1996; Asmuth/Müller 1995; Bruckenberger 1994a; Düllings 1994; Pfaff/Wassener 1995; Stolz 1997).

---

<sup>28</sup> Vgl. hierzu die Stellungnahmen des Bundesrates (BR-Drs. 560/1/92), der DKG (1992) und der Kommunalen Spitzenverbände (1992) zum Entwurf des Gesundheitsstrukturgesetzes.

Im folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, ob es infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes zu relevanten Veränderungen im Bereich der vollstationären Krankenhausleistungen gekommen ist.

## ***1.2 Leistungssteuerung als Strategie zur Minimierung wirtschaftlicher Risiken***

### ***1.2.1 Reduzierung der Belegung***

Wie bereits ausgeführt war die Deckelung unter GSG und Stabilisierungsgesetz 1996 so konstruiert, daß Leistungsausweitungen für ein Krankenhaus mit dem Risiko der Kostenunterdeckung, Leistungsreduzierungen dagegen mit der Chance von Überschüssen verbunden waren. Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Entwicklung ausgewählter Leistungsindikatoren im Krankenhausbereich, so zeigt sich, daß die in den ökonomischen Anreizen angelegten Wirkungen in wichtigen Punkten auch tatsächlich eingetreten sind (Tab. 2). Die auffälligsten Veränderungen sind bei der durchschnittlichen Belegung zu erkennen. Im ersten Jahr der Deckelung nahm die Belegung in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern im Vergleich zu vorhergehenden Jahren überproportional ab. In den öffentlichen Kliniken sank sie um 0,8 Prozentpunkte und in den freigemeinnützigen sogar um 2,2 Prozentpunkte.

Während sich der Rückgang in den öffentlichen Krankenhäusern von 1993 auf 1994 abflachte und 1995 zum Stillstand kam, reduzierten die freigemeinnützigen Krankenhäuser ihre Belegung 1994 um einen weiteren Prozentpunkt und 1995 nochmals um 1,1 Prozentpunkte. Bei den privaten Krankenhäusern setzte der Belegungsrückgang erst mit etwas Verzögerung, dafür aber um so massiver ein. Sie reduzierten ihre Belegung von 1992 auf 1993 um 0,6 Prozentpunkte und von 1993 auf 1994 immerhin um 2,6 Prozentpunkte. Faßt man die drei Jahre der Deckelung unter GSG zusammen, so zeigt sich bei den öffentlichen Krankenhäusern ein Belegungsrückgang um 0,9 Prozentpunkte, bei den freigemeinnützigen Kliniken um 4,3 Prozentpunkte und bei den privaten um 2,8 Prozentpunkte.

Tab. 2

**Ausgewählte Leistungsindikatoren der Allgemeinkrankenhäuser  
nach Trägerschaft**

	Fallzahl je Bett Veränderung in Prozent			Durchschnittliche Belegung in Prozent				Durchschnittliche Verweildauer in Tagen			
	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995
	Öff. Krhs.	3,4	4,1	4,0	82,5	81,7	81,4	81,4	12,7	12,1	11,6
Freigem. Krhs.	2,9	2,3	2,7	85,5	83,3	82,3	81,2	13,2	12,5	12,1	11,6
Private Krhs.	9,9	-0,7	7,6	84,7	84,1	81,5	81,9	13,9	13,2	13,0	12,5

*Quelle:* StBA, Fachserie 12 Reihe 6.1; eigene Berechnungen.

Tab. 3

**Entwicklung der Verlegungen zwischen  
Allgemeinkrankenhäusern  
1993 - 1995  
Veränderung in Prozent**

	Verlegungen in andere Krankenhäuser je Bett			Verlegungen aus anderen Krankenhäusern je Bett		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Öffentliche Krhs.	8,6	9,9	7,2	12,3	14,6	7,2
Freigem. Krhs.	7,0	10,0	6,7	7,9	6,9	5,2
Private Krhs.	13,2	-8,8	24,3	-0,6	-0,2	2,7

*Quelle:* StBA, Fachserie 12 Reihe 6.1; eigene Berechnungen.

Für eine Bewertung des Belegungsrückganges wäre es wichtig zu differenzieren, inwieweit er Teil einer strategisch ausgerichteten Leistungssteuerung oder Folge einer rückläufigen Nachfrage war. Gegen eine rückläufige Nachfrage nach Krankenhausleistungen sprechen die auch unter dem GSG weiter gestiegenen Fallzahlen (Tab. 2). Vor allem aber lassen sich die überproportionalen Zuwächse bei den Verlegungen zwischen Krankenhäusern nicht mit der Annahme einer rückläufigen Nachfrage als Ursache für den Belegungsrückgang vereinbaren. Obwohl die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser überdurchschnittliche Rückgänge bei der Belegung zu verzeichnen hatten, weisen sie in zwei von drei Jahren höhere Steigerungsraten bei der Position 'Verlegungen in andere Krankenhäuser' auf als bei den 'Verlegungen aus anderen Krankenhäusern'. Die öffentlichen Krankenhäuser haben dagegen bei der Übernahme von Patienten aus anderen Krankenhäusern höhere Steigerungsraten als bei der Verlegung in andere Krankenhäuser. Hätte es einen aus Sicht der Krankenhäuser problematischen Nachfragerückgang gegeben, wäre es naheliegend, daß insbesondere die privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser ihm mit einem Wettbewerb um Patienten begegnen und eher weniger Patienten an andere Krankenhäuser abgeben.

Es erscheint also plausibel davon auszugehen, daß die rückläufige Belegung vor allem das Ergebnis einer strategisch orientierten Belegungsreduzierung war. Für die Annahme spricht insbesondere auch die Entwicklung der sogenannten „Stundenfälle“ in den privaten Kliniken. Als Stundenfall erscheint ein Patient in der Krankenhausstatistik, wenn er noch am selben Tag wieder entlassen oder in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt wird. Während die Zahl der Stundenfälle je Bett nach Inkrafttreten des GSG 1993 in öffentlichen um 9,6 % und in freigemeinnützigen Krankenhäusern um 11,5 % anstieg, war in privaten Krankenhäusern innerhalb eines Jahres ein Anstieg um 40,3 % zu verzeichnen (Simon 1996: 30).

### *1.2.2 Abweisung von Patienten und Verschiebung von Behandlungen in das nächste Budget*

Insgesamt erscheint es somit plausibel, daß überproportionale Belegungsrückgänge zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis strategischen Handelns in den jeweiligen Krankenhäusern war. Diese Annahme wird auch durch entsprechende Meldungen in der Tagespresse gestützt. Im Herbst 1993 häuften sich Meldungen, daß zahlreiche Krankenhäuser angesichts einer sich abzeichnenden Mehrbelegung dazu übergingen, Patienten nicht mehr aufzunehmen, sie an andere Krankenhäuser zu verweisen oder Behandlungen in das nächste Jahr - und d.h. in das nächste Budget - zu verschieben. Als Begründung wurde in der Regel auf eine sich abzeichnende oder bereits erreichte Überschreitung der vereinbarten Belegung und daraus resultierende Kostenunterdeckungen verwiesen.

- Einschränkungen der Behandlungen aufgrund finanzieller Engpässe wurden u.a. gemeldet aus den Städtischen Kliniken Duisburg (FR 30.11.1993), der Uni-Klinik Göttingen (HAZ 6.12.93), dem Klinikum München-Bogenhausen (FR 30.11.1993), der Uniklinik Köln (HAZ 6.12.93), dem städtischen Krankenhaus Oststadt Hannover (HAZ 6.12.93: 4).
- Am 29.11.93 äußerte sich die "Ständige Konferenz der Verbände im Gesundheitswesen" zu den Auswirkungen des GSG und berichtete, daß „teure“ Patienten bereits teilweise nicht mehr aufgenommen würden (FR 30.11.1993).

- Nach Aussage des Vorsitzenden des Marburger Bundes waren vielen Krankenhäusern Ende 1993 die Mittel für kostenintensive Behandlungen ausgegangen und darum bestimmte Leistungen nicht mehr erbracht worden (Krankenhaus Umschau 6/1994: 408).
- Mitte 1993 schätzte der IKK-Bundesverband, daß etwa 10 % der Krankenhäuser Patienten aus Kostengründen ablehnten oder Operationen ins nächste Jahr verschoben (IKK-BV 1993). Der IKK-BV kritisierte den Aufnahmestop als „unethisch und skandalös“ und richtete ein spezielles kostenloses „Service-Telefon“ für Patienten ein, die von Krankenhäusern abgewiesen wurden (ebd.).
- Die Bundes-Krankenhauskonferenz bestätigte Anfang Dezember 1993, daß Krankenhäuser Patienten zunehmend auf Wartelisten setzten oder an andere Krankenhäuser weiterverlegten (FR 10.12.1993).

Die zeitliche Verschiebung von Behandlungen ist durchaus kein neues Phänomen im Krankenhausbereich. Auch vor dem GSG kam es zu Verschiebungen von Behandlungen, allerdings fast ausschließlich infolge fehlender Behandlungskapazitäten. Behandlungen wurden beispielsweise verschoben, weil alle Betten auf einer Intensivstation belegt oder Stellen im Pflegedienst längere Zeit unbesetzt waren und dadurch eine angemessene Versorgung nicht gewährleistet werden konnte. Die Deckelung bewirkte nun eine wesentliche Verschiebung des Kausalzusammenhangs: obwohl freie Betten und Personal vorhanden sind, werden Patienten mit der Begründung abgewiesen, daß eine Überschreitung der vereinbarten Belegung absehbar oder bereits eingetreten sei und das Budget damit ausgeschöpft sei. Die Durchführung der Behandlung außerhalb der vereinbarten Belegung verursacht Kosten, die unter den Bedingungen eines gedeckelten Budgets nicht durch Pflegesatzeinnahmen gedeckt werden.

### *1.2.3 Verlegungen von Patienten in andere Krankenhäuser*

Die vorliegenden Pressemeldungen und Daten der Krankenhausstatistik lassen es plausibel erscheinen, daß es Krankenhäuser gab, die dem Risiko einer Kostenunterdeckung auch durch die verstärkte Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser zu entgehen versuchten. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß der Anteil der externen Verlegungen an der Gesamtzahl der Krankenhausfälle mit weniger als 5 % relativ gering ist. Dennoch ist eine Analyse der Entwicklung der externen Verlegungen für die Frage nach den Auswirkungen der Budgetdeckelung von besonderem Wert, da sie Aufschluß darüber geben kann, ob und in welchem Umfang eine Risikoselektion erfolgte. Unter der Deckelung war vor allem die Versorgung schwerstkranker und schwerstunfallverletzter Patienten mit einem wirtschaftlichen Risiko verbunden. Um sich von diesen 'Risiken' zu entlasten, steht einem Krankenhaus die Möglichkeit der Entlassung unmittelbar nach der Aufnahme nicht offen. Entweder werden schwere Fälle im Vorfeld 'abgewehrt', indem das Krankenhaus von der Notfallversorgung als voll belegt abgemeldet wird, oder diese Patienten werden vor der Hauptbehandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt. Die Analyse der Verlegungsdaten kann somit Hinweise auf eine Risikoselektion liefern.

Patientenströme zwischen Krankenhäusern weisen charakteristische Richtungen auf. Entsprechend der Differenzierung des Krankenhauswesens in verschiedene Versorgungsstufen

stehen den verschiedenen Krankenhäusern je nach ihrem Versorgungsauftrag verschiedene Optionen zur Verlegung von Patienten offen. Die Verlegung eines Patienten vor Beginn der Hauptbehandlung erfolgt aus medizinischen Gründen in der Regel, weil das verlegende Krankenhaus nicht über die entsprechenden Versorgungskapazitäten und ausreichend qualifizierte Ärzte verfügt. Diese Verlegungen erfolgen in der Regel von einem kleineren Krankenhaus in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufen oder von einer Spezialklinik in ein Allgemeinkrankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung. Die Verlegung eines Patienten nach Abschluß der Hauptbehandlung erfolgt dagegen zumeist von einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufen in ein Krankenhaus der niedrigeren Versorgungsstufen. Bei Verlegungen von kleineren Krankenhäusern in größere Krankenhäuser wird es sich dementsprechend vor allem um schwerere Fälle handeln, bei den Verlegungen von größeren in kleinere Krankenhäuser eher um weniger behandlungsaufwendige Fälle, da die intensive Versorgung abgeschlossen ist.

Wenn es, wie an der Krankenhausstatistik ablesbar, zu einem signifikanten Anstieg der Verlegungen zwischen den Krankenhäusern infolge der Deckelung gekommen ist, erscheint es vor dem Hintergrund der obengenannten Überlegungen plausibel, daß es Verschiebungen kostenaufwendiger Fälle insbesondere von privaten aber teilweise auch von freigemeinnützigen Krankenhäusern in öffentliche Krankenhäuser gegeben hat. Die Richtung der Verschiebungen zwischen den Trägergruppen ergibt sich vor allem daraus, daß sich die Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufen - also Kliniken mit ca. 1000 Betten und mehr - fast ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft befinden.

Die Annahme, daß es im Rahmen des Anstiegs der Verlegungen zu selektiven Verschiebungen schwerer Fälle kam, wird zudem auch durch entsprechende Pressemeldungen, Beiträge in Fachzeitschriften und Äußerungen der Spitzenverbände der GKV und Krankenhausträger gestützt:

- Im Juni 1993 trat der AOK-Bundesverband mit der Meldung an die Öffentlichkeit, daß nach seinen Erkenntnissen kostenaufwendige Patienten verstärkt von Krankenhäusern an andere Krankenhäuser weiterverwiesen würden. Am Ende der Verweiskette stünden die Unikliniken (FR 24.6.1993).
- In ihrem Statement zur Sitzung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 14.12.1993 vertrat die Deutsche Krankenhausgesellschaft, gestützt auf Ergebnisse einer im September/Oktober 1993 durchgeführten Umfrage unter Krankenhäusern, die Einschätzung: „Vieles weist darauf hin, das es unterschiedliche Lastenverschiebungen gibt und daß die Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufe besonders davon betroffen sind“ (DKG 1994a: 8).
- Auf dem 11. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde aus München und Mannheim über die Verschiebung von komplizierteren Fällen in größere Krankenhäuser berichtet. Die Zahl der komplizierten Fälle sei dort teilweise bis zu 20 % angestiegen (HAZ 6.4.1994).
- Die chirurgische Abteilung der Uniklinik Bonn veröffentlichte eine Auswertung von Patientendaten für 1993, die die Tendenz zur Verlegung behandlungsaufwendiger Patienten in Universitätskrankenhäuser am Beispiel belegt (vgl. Ziegler/Hirner 1994).

- Die HNO-Klinik der Uniklinik Bochum verzeichnete unter der Deckelung eine verstärkte Verschiebung kostenaufwendiger Patienten zu ihren Lasten (Schmelzer/Klask 1996).
- Rettungsmediziner diskutierten auf ihrem Bundeskongreß Ende Mai 1994 darüber, daß Krankenhäuser immer häufiger Notfallpatienten mit der Begründung ablehnten, sie seien voll belegt. Der Vorsitzende des Kuratoriums zur Förderung der Präklinischen Notfallmedizin, Huber, faßte die Situation dahingehend zusammen, Rettungsdienste müßten „mit den Patienten hausieren gehen“ (FR 28.5.94).

Da sich die Verlegung eines schwerkranken oder schwerverletzten Patienten oder die Verlegung nach einer Komplikation in ein Krankenhaus der jeweils höheren Versorgungsstufe fast immer auch medizinisch begründen läßt, wird sich allerdings „im Einzelfall kaum nachweisen lassen, daß Kostengesichtspunkte bei der Verlegung eines Patienten eine Rolle gespielt haben“ (Ziegler/Hirner 1994: 105).

Es bleibt die Frage, ob aus der Zunahme der Verlegungen zwischen den Krankenhäusern, insbesondere von kleinen Kliniken in Kliniken der Zentral- oder Maximalversorgung, auf eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität geschlossen werden kann. Eine solche generelle Schlußfolgerung verbietet sich m.E., weil die frühzeitigere Verlegung eines schwerkranken Patienten in ein Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Zentralversorgung für den betroffenen Patienten durchaus von Vorteil sein kann. 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.

Da es wenig plausibel ist, daß sich die Versorgungskapazitäten der verlegenden Krankenhäuser innerhalb eines Jahres in dem Maße verringert haben, wie in einigen Bereichen die Verlegungen zugenommen haben, kann angenommen werden, daß es bei Schwerstkranken zu Verlegungen kam, die nicht primär medizinisch motiviert waren. In diesen Fällen wurden Patienten einem medizinisch unnötigen Risiko ausgesetzt.

Die Zunahme der Verlegungen in Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufen dürfte zudem unter einem weiteren Aspekt zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in der stationären Versorgung geführt haben. 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.

Zur Thematik der verstärkten 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 Krankenversiche-

rung oder einem Sozialhilfeträger übernommen wurden. Da die Deckelung - wie eingangs dargestellt - nur für das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget galt, mußte ein Krankenhaus mit Blick auf die ungedeckelten Wahlleistungseinnahmen daran interessiert sein, Privatpatienten aufzunehmen und möglichst nicht durch eine Verlegung zu verlieren (Imdahl 1994: 89).

### ***1.3 Auf der Suche nach ungedeckelten Einnahmen: Das verstärkte Interesse am Wahlleistungspatienten***

Es gibt zwei Arten von Wahlleistungen, die Patienten für einen Aufpreis zum Pflegesatz kaufen können: die »Wahlleistung Arzt« und die »Wahlleistung Unterkunft«. Während die Einnahmen aus der Wahlleistung Arzt dem liquidationsberechtigten Arzt, zumeist Chefarzt, zufließen, bilden die Zuschläge für die Unterbringung in einem 1 oder 2-Bett-Zimmer eine nicht unerhebliche zusätzliche Einnahmequelle für das Krankenhaus. Zwar schreibt das Pflegesatzrecht vor, daß ein Teil der Wahlleistungseinnahmen zur Absenkung des allgemeinen Pflegesatzes verwendet wird, es verbleibt aber dennoch ein nennenswerter Betrag, der für Investitionen oder zur Deckung von Defiziten vom Krankenhaus frei verwendet werden kann.<sup>29</sup>

Da dieser Einnahmehereich unter der Deckelung keiner Begrenzung unterlag, hat er wegen der Möglichkeit, zusätzliche Erlöse zu erzielen, an Bedeutung für die Krankenhäuser gewonnen (Stolz 1997: 11; Tscheulin/Helmig 1995). Für einen der führenden Vertreter der privaten Krankenhausträger war es darum keine Frage, daß „vermehrt Wahl- und Zusatzleistungen in die strategischen Überlegungen des Krankenhausträgers einfließen müssen, um die Klinik in eine gesicherte und erfolgreiche Zukunft führen zu können“ (Imdahl 1993: 112). Dementsprechend müsse dem Privatpatientenanteil verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt und über ein erweitertes Angebot an Wahlleistungen nachgedacht werden, für das alle Leistungen des Krankenhauses in Frage kämen (Imdahl 1993: 117, 1994: 87).

Es ist absehbar, daß hieraus ein Wettbewerb um Wahlleistungspatienten, mit einer privaten Voll- oder Zusatzversicherung resultieren wird, denen gegen Aufpreis zunehmend mehr und neue Wahlleistungen angeboten werden, beispielsweise ein eigener Kühlschrank, spezielle Weckzeiten, Botendienste bis hin zu einer besondere Pflege im Rahmen pflegerischer Wahlleistungen (ders. 1993). Aus dem Bereich der Pflegedienstleitungen kam bereits der Vorschlag, unterschiedliche Qualitätsstufen in der Pflege anzubieten, etwa „eine Fünf-Sterne-Pflege oder eine Zwei-Sterne-Pflege“ (Seipel 1996: 719), die je nach Zahlungsbereitschaft bzw. Zahlungsfähigkeit des Patienten oder der Krankenversicherung gewährt würde (ebd.).

### ***1.4 Verselbständigung des Krankenhauses und Ausgliederung von Abteilungen***

Durch das GSG erhielt eine Entwicklung weiteren Aufschwung, die bereits Anfang bzw. Ende der 80er Jahre eingesetzt hatte: die wirtschaftlich und rechtliche Verselbständigung öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser und die Ausgliederung und Privatisierung einzelner Krankenhausabteilungen.

---

<sup>29</sup> Zur Bedeutung und Berechnung von Wahlleistungen vgl. Herbold u.a. 1990, 1993; Imdahl 1993; Uleer 1989.

#### 1.4.1 Vom Regiebetrieb zur Krankenhaus-GmbH

Seit Ende der 80er Jahre denken vor allem kommunale Krankenhausträger immer häufiger darüber nach, die Rechtsform ihrer Krankenhäuser zu ändern. Hauptmotiv ist in der Regel das Interesse, nicht mehr für Defizite der Krankenhäuser aufkommen zu müssen. Besonders geeignet erscheint für diesen Zweck die Rechtsform der GmbH (Knorr/Wernick 1992; Quaas 1992). Für das Krankenhausmanagement steht bei einer Umwandlung des Regiebetriebs in eine neue Rechtsform vor allem die damit verbundene größere Autonomie bei Managemententscheidungen im Vordergrund. So brauchen Personalentscheidungen nicht mehr zusätzlich zur Personalabteilung des Krankenhauses auch noch die Personalverwaltung der Stadt zu durchlaufen, und Investitionsentscheidungen können unabhängig vom jeweiligen Gesundheitsausschuß getroffen werden, in dem nicht selten klientelistische Vernetzungen zwischen Ausschußmitgliedern und einzelnen Chefärzten anzutreffen sind. Die Umwandlung in eine GmbH eröffnet zudem die Möglichkeit, aus dem öffentlichen Dienstrecht auszuscheren und Mitbestimmungsrechte der Personalvertretungen einzuschränken.

Ausgelöst durch die Befürchtungen der Krankenhausträger, daß das GSG „Finanzierungsdefizite in bisher nicht gekannten Größenordnungen“ (DKG 1993a: 4) zur Folge haben würde, erhielt der Trend zur Rechtsformänderung einen deutlichen Aufschwung. Wurden 1993 noch ca. 20 % der Krankenhäuser als GmbH betrieben, so stieg der Anteil bis 1995 auf ca. 27 % (Düllings 1994). Der Trend dürfte durch die Fortsetzung der Deckelung und die Einführung des neuen Entgeltsystems in den Jahren 1996 und 1997 einen weiteren Schub erhalten haben, zumal in den letzten beiden Jahren mehrere Länder im Rahmen einer Neufassung ihrer Gemeindeordnung bestehende Beschränkungen für die Wahl der Rechtsform kommunaler Betriebe gestrichen haben.

Insgesamt ist ein größeres Spektrum an unterschiedlichen Rechtsformen und Träger-Krankenhaus-Beziehungen bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser zu verzeichnen. Dieses Spektrum reicht vom Managementvertrag mit einem privaten Krankenhauskonzern, der gegen einen bestimmten Betrag dem Krankenhaus einen Geschäftsführer ‘vermietet’,<sup>30</sup> über den Eigenbetrieb, die Anstalt des öffentlichen Rechts, die Stiftung, den eingetragenen Verein und die GmbH bis zur Aktiengesellschaft.<sup>31</sup> Mittlerweile gibt es auch Gemeinden, die einen privaten Krankenhauskonzern mit dem Bau und Betrieb eines kommunalen Krankenhauses beauftragten. Bekanntestes Beispiel hierfür ist sicherlich das private Allgemeinkrankenhaus der Regelversorgung in der ostdeutschen Gemeinde Meiningen, errichtet und betrieben von der Rhön-Klinikum AG. Insgesamt zeichnet sich als Folge des wachsenden ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser ein schrittweiser Rückzug öffentlicher Träger aus der direkten finanziellen Verantwortung für ihre Krankenhäuser ab.

Auch wenn wohl kaum öffentliche Krankenhäuser dem Risiko eines Konkurses ausgesetzt werden, die Verschärfung des ökonomischen Drucks durch Kürzung oder Streichung öffentlicher Zuschüsse könnte problematische Folgen für die stationäre Versorgung haben. Wie an

---

<sup>30</sup> Dieses Modell wird vor allem von der Sana Kliniken GmbH verkauft, die Anfang 1994 bereits mit 25 Krankenhäusern Managementverträge abgeschlossen hatte (führen und wirtschaften im Krankenhaus 1/1994: 63).

<sup>31</sup> Zu den möglichen Rechtsformen vgl. Knorr/Wernick 1992.

der Entwicklung der Verlegungen zwischen Krankenhäusern unter der Deckelung herausgearbeitet, bilden größere öffentliche Krankenhäuser die 'letzte Sicherung' im System der stationären Krankenversorgung. Sie müssen - nicht zuletzt aufgrund des staatlichen Sicherstellungsauftrags für die stationäre Versorgung - auch besonders kostenintensive Patienten aufnehmen, die von Krankenhäusern niedrigerer Versorgungsstufen oder anderer Träger abgewiesen oder weiterverlegt werden. Wenn ihnen die daraus resultierenden Mehrkosten nicht erstattet werden - ob durch höhere Entgelte oder direkte öffentliche Zuschüsse - werden sie Versorgungskapazitäten reduzieren müssen, die - soweit für diese Leistungen keine kostendeckenden Vergütungen gezahlt werden - weder freigemeinnützige noch private Krankenhausträger zu übernehmen verpflichtet sind. Die Folge wäre eine Verknappung medizinischer Leistungen insbesondere für Schwerstkranke und Schwerstverletzte.

#### *1.4.2 Outsourcing im Krankenhausbereich*

Verselbständigungstendenzen sind nicht nur auf der Ebene des Gesamtbetriebes Krankenhaus zu beobachten, sondern auch auf der Ebene der einzelnen Abteilungen. Bereits vor Inkrafttreten des GSG waren insbesondere Reinigungsdienste, Krankenhausküchen und -wäschereien Gegenstand von Privatisierungen oder Schließungen. Seit Inkrafttreten des GSG wird nun zunehmend unter dem Leitbegriff des „Outsourcing“ über die Umstellung von der Eigenproduktion auf den Bezug externer Produkte und Dienstleistungen diskutiert (vgl. u.a. Helmig 1994; Jeschke/Hailer 1995). In die Überlegungen werden nun auch medizinische Bereiche, wie Labors und Röntgenabteilungen, einbezogen (Hildebrand 1995b). Unter der Deckelung bietet Outsourcing für das Krankenhaus den wirtschaftlichen Vorteil, daß Risiken durch die Entwicklung der Personal- und Sachkosten in diesen Abteilungen zu Lasten des externen Anbieters oder Betreibers gehen.

Diesem wirtschaftlichen Vorteil des Krankenhausträgers stehen allerdings nicht unerhebliche Nachteile für die Beschäftigten gegenüber, die zumeist - soweit sie überhaupt vom neuen Arbeitgeber übernommen werden - nicht mehr dem öffentlichen Dienstrecht unterliegen, die relative Sicherheit ihres Arbeitsplatzes verlieren und unter Umständen auch Einkommenseinbußen hinnehmen müssen. Zudem fallen die Beschäftigten aus der Zuständigkeit des jeweiligen Betriebs- oder Personalrates und werden einem anderen tarifvertraglichen Geltungsbereich zugeordnet, der zumeist weniger rechtliche Sicherungen und tarifvertragliche Leistungen als der öffentliche Dienst bietet.

In den Ausgliederungen tritt eine Entwicklungstendenz in Erscheinung, die sich unter dem neuen Entgeltsystem und der internen Budgetierung voraussichtlich erheblich weiter verstärken wird. Es ist die Aufspaltung des Gesamtbetriebes Krankenhaus in eine zunehmende Zahl verschiedener wirtschaftlich und teilweise auch rechtlich selbständiger Einheiten. Die Entwicklungslinie beginnt im Grunde mit der Kostenstellenrechnung, wird mit der internen Budgetierung und innerbetrieblichen Leistungsverrechnung weitergeführt, und erreicht mit der Umwandlung von Abteilungen in Profit Center und schließlich Privatisierung ihren Endpunkt. Angedacht wurden bereits Outsourcing-Konzeptionen, in denen zum Schluß nur noch die Krankenhausverwaltung als Kern des Unternehmens verbleibt (Dibelius u.a. 1991). Mittler-

weile kann aber auch die kaufmännische Leitung von einem privaten 'Managementverleih' gemietet werden (Globig 1996).

Aber auch wenn die Verselbständigung von Abteilungen nicht bis zur vollständigen Auflösung des Krankenhausbetriebes in eine Vielzahl von Subunternehmen getrieben wird, gehen von dieser Entwicklungslinie Risiken für die stationäre Versorgung aus. Es ist kaum vorstellbar, daß die unabdingbar notwendige Koordination von Versorgungsprozessen innerhalb des Krankenhauses über marktähnliche Beziehungsmuster von Akteuren oder Subunternehmen geleistet werden kann, die sich primär an ihrem je eigenen ökonomischen Nutzen orientieren müssen, um auf dem 'Markt' bestehen zu können. Ein Vorantreiben der Verselbständigung von Abteilungen ist darum mit dem Risiko einer zunehmenden Desintegration der Institution Krankenhaus - und das heißt letztlich auch von patientenbezogenen Leistungsprozessen - verbunden.

Vor dem Hintergrund dieser Probleme und im Hinblick auf die sozialen Folgen einer Ausgliederung für die betroffenen Beschäftigten zeichnet sich in letzter Zeit aber auch ein gegenläufiger Trend ab. Potentiell auszugliedernde Bereiche werden durch Investitionen und Neubesetzung von Leitungspositionen in die Lage zu versetzen, wirtschaftlicher zu arbeiten und die dort produzierten Waren und Dienstleistungen nicht nur innerhalb des Krankenhauses, sondern auch extern anzubieten (vgl. u.a. Globig 1996; Hecht/Schlippschuh 1997; Pieske 1996). Derartige Konzepte beinhalten bspw., daß die Küche umliegende Altenheime beliefert und Essen auf Rädern anbietet, die Wäscherei für Personal und Angehörige von Patienten wäscht oder einen Wäschedienst für die häusliche Pflege anbietet oder das Krankenhauslabor Untersuchungen für niedergelassene Ärzte durchführt. Nicht selten geht die Initiative für die Erschließung neuer Geschäftsfelder von den Gewerkschaften sowie Betriebs- und Personalräten aus, die entsprechende Konzepte selbst oder gemeinsam mit der Krankenhausleitung mit dem Ziel der Beschäftigungssicherung entwickeln.

## **2. Das neue Entgeltsystem: Anforderungen, Handlungsfelder und strategische Optionen für Krankenhäuser**

Die bisherige Untersuchung war primär auf die Umsetzung und Auswirkungen der sektoralen Budgetierung im Krankenhausbereich bezogen. Im folgenden wird nun die Umstellung auf das neue Entgeltsystem näher betrachtet. Dieser Abschnitt wird sich in erster Linie mit den wichtigsten Anforderungen befassen, die sich für Krankenhäuser aus der Umstellung auf das neue Entgeltsystem ergeben, sowie Handlungsfelder umreißen und strategische Optionen aufzeigen. Für eine Zwischenbilanz der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems ist es zur Zeit noch zu früh, da die Umstellung auf das neue Entgeltsystem nach der BPfIV 1995 zwar zum 1.1.1996 vorgeschrieben war, die Eröffnungsbudgets wegen der unsicheren Rechtslage aufgrund des erst Mitte 1996 in Kraft getretenen Stabilisierungsgesetzes vielfach aber erst im Sommer oder Herbst 1996 vereinbart wurden. Zudem beschränkten sich die Veränderungen in vielen Krankenhäusern zunächst auf verwaltungsinterne Umstrukturierungen des Rechnungswesens. Die folgende Teil der Untersuchung kann daher in bezug auf die Auswirkungen nur erste Ansätze von Veränderungen und sich abzeichnende Entwicklungstrends erfassen.

Zum 1.1.1996 wurde den Krankenhäusern durch die BPflV 1995 ein vollkommen neu strukturiertes Entgeltsystem und eine umfassende Restrukturierung ihres Rechnungswesens vorgegeben. Mit der Umstellung auf ein neues Entgeltsystem wurde von der Bundesregierung ein langfristig angelegter und grundlegender Umbruch im Krankenhausbereich angestrebt (BMA 1989). Allerdings sollte die Umstellung auf das neue Entgeltsystem nicht kurzfristig und mit einem Schritt erfolgen, sondern durch eine Übergangsphase bis Ende 1997 abgedeckt werden, in der Verluste und Überschüsse im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich über höhere Abteilungspflegesätze ausgeglichen werden. Erst ab 1998 soll das neue Entgeltsystem seine volle Wirkung dadurch entfalten, daß Überschüsse und Verluste aus Fallpauschalen und Sonderentgelten dem Krankenhaus verbleiben.

Bei der Umsetzung des neuen Entgeltsystems in den Krankenhäusern ist derzeit ein breites Spektrum an Reaktionsmustern anzutreffen. Die Mehrzahl der Krankenhäuser stellt sich eher zurückhaltend auf die neuen Anforderungen ein und beschränkt die Umstellungsprozesse weitgehend auf die Anwendung der zwingenden Vorschriften des Pflegesatzrechts und erste Schritte zu einem Ausbau des betrieblichen Informations- und Rechnungswesens. Nur relativ wenige Krankenhäuser sind aufgrund ihrer technischen Ausstattung mit entsprechenden EDV-Systemen und -programmen in der Lage, eine umfassende interne Budgetierung mit innerbetrieblichen Verrechnungspreisen für Sekundärleistungen, Verselbständigung von Abteilungen im Rahmen von Profit-Center-Konzepten oder einer funktionierenden Kostenträgerrechnung durchzuführen.

### ***2.1 Die Beschränkung auf die Umsetzung zwingender Rechtsvorschriften als rationale Wahl***

Vor dem Hintergrund einer für das Krankenhausmanagement zunehmend unkalkulierbar gewordenen Krankenhauspolitik konnte es 1996 durchaus als die sinnvollste Reaktion erscheinen, sich zunächst auf die Anwendung der zwingenden Vorschriften des Pflegesatzrechts zu beschränken. In der Vorbereitung der Budgetverhandlungen für 1996 mußte für jede bettenführende Abteilung ein eigener Abteilungspflegesatz sowie ein für alle Abteilungen einheitlicher Basispflegesatz kalkuliert werden. Um ihn berechnen zu können, mußten u.a. die Kosten aller Sekundärleistungsstellen wie Labor, Röntgen etc. über einen Verteilungsschlüssel den Primärleistungsstellen, also den bettenführenden Abteilungen zugeordnet werden. Der Basispflegesatz mußte so kalkuliert werden, daß er die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Verwaltung etc. abdeckt. Von den ermittelten pflegesatzfähigen Kosten waren dann wiederum die voraussichtlichen Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten abzuziehen, um auf Grundlage der verbleibenden Kosten Abteilungspflegesätze und Basispflegesatz zu berechnen.<sup>32</sup>

Auch wenn die Darstellung des Kalkulationsverfahrens extrem vereinfacht wurde, dürfte deutlich geworden sein, daß die Umstellung auf das neue Entgeltsystem mit einem erheblich höheren administrativen Aufwand verbunden ist. Die dafür verantwortlichen Vorgaben finden sich zum größten Teil nicht im unmittelbaren Verordnungstext, sondern in vier Anlagen zur BPflV 1995 mit ihren jeweiligen Anhängen, insbesondere in den vorgegebenen Formblättern

---

<sup>32</sup> Zur Budgetkalkulation vgl. u.a. BMG 1994, 1994b; Breitmeier u.a. 1995; Mohr u.a. 1995.

für die »Leistungs- und Kalkulationsaufstellung« (LKA) und den für das Verständnis der LKA unabdingbaren über 40 Fußnoten zur LKA, die selbst wiederum teilweise mehrere Absätze umfassen. Insbesondere mit der LKA und den dazugehörigen Fußnoten erreichte die Regelung der Krankenhausfinanzierung eine bis dahin nicht gekannte Regelungsdichte und Regelungstiefe.

Die im Grunde nicht mehr adäquat zu bewältigende Komplexität durch die Vielzahl detaillierter Vorschriften führte denn auch zu massiver Kritik, die von einem „Schilda läßt grüßen“ (Bruckenberg 1994b: 157) über „Schreckgespenst LKA“ (Krankenhaus Umschau Special Nr. 3/1995: Titelblatt) bis zu „monströses Rechenwerk“ (Regler 1994: 4) und „ein Fall für die Psychopathologie“ (Dreßler, zit. n. Krankenhaus Umschau 7/1995: 566) reichte. Das den Krankenhäusern durch die BpflV 1995 vorgegebene „multikulturelle Entgeltsystem“ würde - so die Kritik des Krankenhausreferenten im niedersächsischen Sozialministerium - durch die Verkomplizierung letztlich keine Kosten einsparen, sondern bewirke vielmehr „einen massiven Ausbau des Rechnungswesens und steigende Umsätze für die ‘Kriegsgewinnler’ wie die Computerindustrie und die Krankenhausberater“ (Bruckenberg 1994b: 160).

Das von der Bundesregierung mit den Vorgaben zum betrieblichen Rechnungswesen angestrebte Ziel, über die Konstruktion des Pflegesatzrechts Kostenverschiebungen zwischen den verschiedenen Entgeltbereichen zu verhindern und Kostenstrukturen von Krankenhäusern für die Kassen transparenter werden zu lassen, führte bereits in dieser ersten Phase zu einer bisher nicht gekannten Fülle an Daten, die vom Krankenhaus zu ermitteln und den Krankenkassen zur Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen vorzulegen sind. Proportional zur vorzulegenden Datenfülle steigt jedoch erfahrungsgemäß nicht die Transparenz der Krankenhausorganisation, sondern vielmehr nur der Grad der Bürokratisierung des Krankenhauses (Mühlbauer 1990). Auf seiten der Krankenkassen wurde dementsprechend auch die Erwartung geäußert, durch das neue Entgeltsystem würden die Budgetverhandlungen „wesentlich aufwendiger als früher, ohne daß sich zwangsläufig eine Erhöhung der Transparenz ergibt“ (Oldiges 1993: 256).

Da die personellen Kapazitäten zur Analyse und Aufbereitung der massiv gestiegenen Datenmengen auf seiten der Krankenkassen nicht in demselben Maße steigen können, wie die Daten zunehmen, werden die Krankenhäuser somit durch die BpflV 1995 zu einem Verwaltungsaufwand gezwungen, dessen Produkt zu einem erheblichen, wenn nicht sogar weit überwiegenden, Teil ohne erkennbaren Nutzen in Aktenordnern oder Computern verschwindet. Auch unter dem neuen Pflegesatzrecht werden Budgetverhandlungen weiterhin weniger durch vorliegende Daten als durch politische Kräfteverhältnisse, geschickte Verhandlungstaktik oder zentrale Anweisungen der Verbände geprägt.

Über die Verpflichtung zur Erfassung und Bereitstellung zusätzlicher Daten sowie der Berechnung der verschiedenen Entgelte hinaus enthält die BpflV 1995 keine direkten Anweisungen, die Krankenhäuser zu nennenswerten Veränderungen ihrer Aufbau- oder Ablauforganisation patientennaher Bereiche zwingt. Der beschriebene Mehraufwand fiel somit zunächst fast ausschließlich nur in den patientenfernen Bereichen der Verwaltung an, so daß der An-

bruch eines 'neuen Zeitalters' der Krankenhausfinanzierung Anfang 1996 für Personal und Patienten sich zumeist kaum bemerkbar machte.

Die weit überwiegende Zahl der Krankenhausleitungen nahm ohnehin offenbar eine eher abwartende Haltung gegenüber den Änderungen ein. Als deutliches Indiz hierfür kann die Tatsache gewertet werden, daß lediglich 3 % der Krankenhäuser von der Möglichkeit eines vorzeitigen Umstiegs auf das neue Entgeltsystem zum 1.1.1995 Gebrauch machten.<sup>33</sup> Die restlichen 97 % der Krankenhäuser warteten bis zum 1.1.1996, ab dem das neue Pflegesatzrecht zwingend anzuwenden war. Hierfür waren mehrere Gründe ausschlaggebend. Zunächst einmal gab es sowohl in den Organisationen der Krankenhausträger wie auch bei zahlreichen Krankenhausleitungen erhebliche Skepsis gegenüber dem neuen Entgeltsystem, insbesondere gegenüber der Einführung von Fallpauschalen und den Vorgaben zur Berechnung einer Vielzahl verschiedener Pflegesätze je Krankenhaus. Bereits im Vorfeld des GSG wurde von ihnen auf zu erwartende Risiken für die bedarfsgerechte Versorgung durch die Einführung von Fallpauschalen sowie den absehbaren erheblichen Verwaltungsaufwand durch die Berechnung einer Vielzahl von Pflegesätzen hingewiesen (vgl. u.a. Bundesärztekammer u.a. 1993; DKG 1993b, 1993c, 1994a; Eichhorn 1993; Regler 1994). Vor allem aber boten die unkalkulierbare Entwicklung der Krankenhauspolitik ab 1995 und verschiedene Äußerungen einflußreicher Akteure aus der Krankenhauspolitik hinreichend Anlaß, die weitere Entwicklung zunächst einmal abzuwarten, bevor bspw. größere Investitionen oder strukturelle Veränderungen vorgenommen wurden.

Aber selbst wenn das Management eines Krankenhauses beabsichtigte, das Krankenhaus möglichst schnell den neuen Rahmenbedingungen anzupassen, waren damit die durch die Vergangenheit des Krankenhauses vorgegebenen Restriktionen nicht aus der Welt geschaffen. Nur sehr wenige Krankenhäuser verfügten über die erforderliche technische Ausstattung beispielsweise zur Einführung einer patientenbezogenen Kosten-Leistungsrechnung oder aber die dafür notwendigen fachlich-personellen Ressourcen. In bezug auf die technische Ausstattung lagen die Mängel vor allem im EDV-Bereich, in den in der Vergangenheit - nicht zuletzt auch aufgrund der seit Jahren unzureichenden öffentlichen Investitionsförderung - vielfach kaum investiert wurde.

Größere Bedeutung für die verhaltene Annäherung an die Erfordernisse durch das neue Entgeltsystem dürfte aber den fachlich-personellen Ressourcen zukommen. Es ist auch heute noch in öffentlichen Krankenhäusern durchaus nicht unüblich, daß die kaufmännische Leitung in der Hand eines Verwaltungsbeamten oder Juristen liegt, der aus der städtischen Verwaltung in die Leitung eines Krankenhauses gewechselt ist oder versetzt wurde. Erst in den letzten Jahren verschiebt sich das professionelle Profil von Verwaltungsleitern oder kaufmännischen Direktoren dahingehend, daß zunehmend Ökonomen für diese Funktionen eingestellt werden, insbesondere, um eine stärkere betriebswirtschaftliche Orientierung und die Übertragung von

---

<sup>33</sup> Nach einer Umfrage des VdAK Anfang 1995 waren nur 72 von 2400 Allgemeinkrankenhäusern zum 1.1.1995 auf das neue Pflegesatzrecht umgestiegen (VdAK: Mitteilungen der Abteilung 'Stationäre Einrichtungen' Nr. 1/95: 1).

Managementkonzeptionen des Industrie- oder Dienstleistungssektors auf das Krankenhaus zu erreichen (Fack/Fehler 1991).

Aber auch wenn die bisher genannten Voraussetzungen gegeben sein sollten, so blieb immer noch das Problem zu bewältigen, daß Krankenhäuser hochkomplexe Organisationen sind, deren Entwicklung „eher durch kollektive Wechselwirkungen aller Akteure als durch Absichten und Programme der Leitung gesteuert“ (Müller/Behrens 1989: 87) werden. Ein weitreichender Wandel sowohl der Organisation des Krankenhauses als auch der Handlungsorientierungen der Akteure im Krankenhaus, wie er mit dem neuen Entgeltsystem intendiert ist, wird darum - wenn er überhaupt gegen bestehende Wertorientierungen und vorhandene Beharrungstendenzen durchgesetzt werden kann - mit hoher Wahrscheinlichkeit mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Nach etwas mehr als einem Jahr unter dem neuen Entgeltsystem können nur erste Anzeichen und Ansätze von Wandlungsprozessen verzeichnet werden, deren Bedeutung darin liegt, daß sie Entwicklungslinien aufzeigen, in die Krankenhäuser durch politische Interventionen und eine sich verändernde Krankenhausumwelt gedrängt werden.

Im folgenden werden nun zentrale Bereiche aufgezeigt, in denen Krankenhäuser ihre inneren Strukturen verändern müssen, wenn sie unter den geänderten Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Erfolg haben wollen.

## **2.2 Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens**

Als *die* zentrale Konsequenz aus dem neuen Pflegesatzrecht ergibt sich für Krankenhäuser die Notwendigkeit, ihre Kosten- und Leistungsrechnung neu zu strukturieren und erheblich auszubauen (DKG 1993d; Eichhorn 1994; Mohr u.a. 1995). Sofern sie noch nicht über eine Kostenstellenrechnung für die Ermittlung der Kosten einzelner Abteilungen verfügen, müssen sie diese dringend aufbauen, damit sie beispielsweise die vorgegebenen Abteilungspflegesätze aber auch die zukünftig erforderlichen innerbetrieblichen Verrechnungspreise für Laborleistungen, Röntgenaufnahmen etc. entsprechend ihrer tatsächlichen Selbstkosten kalkulieren können. Im Grunde ist aber bereits der nächste Schritt in der Entwicklung der Kosten- und Leistungsrechnung überfällig, der Aufbau einer Kostenträgerrechnung, die dazu dienen soll, die Kosten der Versorgung des einzelnen Patienten oder einer bestimmten Fallgruppe zu ermitteln (exemplarisch hierfür: Enders 1996; Klask/Reiners/Schmelzer 1996; Schmidt 1997). Das wiederum soll als Grundlage für eine sogenannte ‘Nachkalkulation’ der Fallpauschalen und Sonderentgelte dienen, deren Ergebnis - die Feststellung von Kostenüber- oder -unterdeckungen bei bestimmten Behandlungen oder Fallgruppen - wiederum zu einer Überprüfung und gegebenenfalls Reduzierung des Leistungsspektrums Anlaß geben soll (BMA 1989).

Primärer Zweck der Kosten- und Leistungsrechnung ist somit nicht die Beschaffung möglichst großer Datenmengen, sondern die Bereitstellung einer Datengrundlage für Entscheidungen sowohl über die zukünftigen Organisationsstrukturen des Krankenhauses als auch über das zukünftige Leistungsangebot. Die Entwicklung betriebswirtschaftlicher Instrumentarien ist folglich von hoher Relevanz für alle Bereiche des Krankenhauses, insbesondere für die Entwicklung der Aufbauorganisation und für ärztlich-pflegerische Entscheidungen. Dies soll im folgenden anhand einer Reihe ausgewählter Aspekte verdeutlicht werden.

### 2.2.1 Interne Budgetierung

Mit der Vorgabe, Abteilungspflugesätze zu berechnen, in die auch die Kosten der Sekundärleistungen aus Labor, Röntgenabteilung, Physiotherapie etc. einzukalkulieren sind, ist den Krankenhäusern zugleich eine »interne Budgetierung« vorgeschrieben, die im Grunde die Aufspaltung des Gesamtbudgets in zahlreiche Einzelbudgets nahelegt. Die Aufteilung des Krankenhausbudgets in Abteilungsbudgets wirft allerdings die Frage auf, wie mit Überschüssen, vor allem aber mit Defiziten einzelner Abteilungen umgegangen werden soll. Da eine Defizithaftung oder ein Regreß des Chefarztes oder der Beschäftigten nicht in Frage kommt, müssen Defizite letztlich von den übrigen Abteilungen oder dem Krankenhausträger übernommen werden. Auf die Vereinbarung einzelner Abteilungsbudgets mit den Krankenkassen wurde von der Bundesregierung darum auch vorerst verzichtet, um „sinnvolle Umschichtungen zwischen den Abteilungen“ nicht zu verhindern (BMG 1994: 5) und „das Krankenhaus als wirtschaftliche Einheit zu erhalten“ (BR-Drs. 381/94: 32). Offenbar bezieht auch das Bundesministerium für Gesundheit in seine Überlegungen die Möglichkeit ein, daß die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung das Risiko einer Desintegration der Institution Krankenhaus in sich birgt, die letztlich die Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrages gefährdet.

Mit der internen Budgetierung ist vom Gesetzgeber somit keine Auflösung der Krankenhausorganisation in einzelne Subunternehmen intendiert. Die interne Budgetierung soll vielmehr die für die kostenrelevanten Entscheidungen verantwortlichen Akteure „zu kostenbewußtem Handeln motivieren“ (Luithlen/Tuschen 1989: 151). Ausgehend von dem Grundgedanken, daß Strategien zur Kostenreduzierung im Krankenhaus letztlich nur dann erfolgreich sein können, wenn es gelingt, das ärztliche Anordnungs- und Leistungsverhalten zu verändern, setzt das Konzept der internen Budgetierung auf die Einbindung der leitenden Ärzte in die Verantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses (BMA 1989: 29; Hahn 1996). Chefarzte sollen die Budgetverantwortung für ihre Abteilung übernehmen und sich im Falle einer Überschreitung ihres Budgets vor dem Krankenhausträger und anderen Chefarzten rechtfertigen, wenn Überschüsse anderer Abteilungen für Defizite ihrer Abteilung verwendet werden müssen (BMA 1989: 39).

Die Umsetzung dieser Konzeption begann in vielen Krankenhäusern bereits während der Deckelung unter dem GSG und dürfte mittlerweile weitgehend Standard in den Kliniken sein. Um eine kontinuierliche Überwachung des Budgets und die gegebenenfalls erforderliche Gegensteuerung kurzfristig vornehmen zu können, erhält der Chefarzt monatlich eine Aufstellung der von seiner Abteilung verbrauchten Sach- und Personalkosten einschließlich der angeforderten Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen etc. oder angefallenen Überstundenvergütungen. Bei Abweichungen von der Budgetplanung kann er korrigierend in Leistungsprozesse eingreifen, und bspw. Patientenaufnahmen bei bestimmten Diagnosen reduzieren, einzelne Assistenzärzte zur Änderung ihres Anordnungsverhaltens auffordern oder darauf hinwirken, daß bestimmte Operationen - da die mit den Kassen vereinbarte Fallzahl bereits erreicht ist - entweder nicht mehr durchgeführt werden oder aber unter einer anderen Kodierung abgerechnet werden. Ärzte sollen über interne Budgetierung und abteilungsbezogenes Con-

trolling - um eine Formulierung aus dem Bereich des Krankenhauscontrolling zu zitieren - „medizinökonomisch justiert werden“ (Enders 1997: 271).

Die Einführung der internen Budgetierung und Einbindung der Ärzte in die Budgetverantwortung ist zum einen mit Chancen verbunden, sie wirft zum anderen aber auch ethische Fragen auf und birgt Risiken für die Patientenversorgung in sich. Gelingt es, Chefärzte und über sie auch die übrigen Ärzte in die wirtschaftliche Verantwortung einzubinden, ist damit ohne Zweifel ein entscheidender Schritt zur Kontrolle der Kostenentwicklung und Einhaltung von Budgets vollzogen. Die Berücksichtigung finanzieller Auswirkungen ärztlichen Handelns bietet einen starken Anreiz, medizinische Entscheidungen verstärkt auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu überprüfen und überflüssige Maßnahmen zu unterlassen. Die Unterlassung medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen kann wiederum nicht nur das jeweilige Abteilungsbudget entlasten, sie kann auch dem Patientenwohl dienen, insofern die mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vielfach verbundenen Belastungen oder sogar gesundheitlichen Gefahren für Patienten reduziert werden.

Mit der Einbindung der Ärzte in die Budgetverantwortung sind aber auch nicht unerhebliche ethische Probleme und Versorgungsrisiken verbunden. Wenn medizinisch notwendige oder sinnvolle Maßnahmen absehbar zu einer Budgetüberschreitung und Kostenunterdeckungen führen, kann die Erwartung von Kostenunterdeckungen und der antizipierte Rechtfertigungsdruck zur Unterlassung sinnvoller oder sogar notwendiger Maßnahmen motivieren. In der internen Budgetierung und Einbindung der Ärzte in die Budgetverantwortung ist folglich bereits die Entstehung eines Zielkonflikts zwischen wirtschaftlichem Erfolg und medizinischer Ethik angelegt (Schirmer 1997). Durch die Abkoppelung ärztlicher Entscheidungsmaßstäbe von ökonomischen Folgen ärztlichen Handelns war dieser Konflikt im alten Pflegesatzrecht insbesondere durch die Institution des »Selbstkostendeckungsprinzips« aus Sicht der ärztlichen Profession bislang externalisiert. Medizinische Leistungen, die von einem Arzt als notwendig definiert wurden, waren zu finanzieren. Die Beschaffung der erforderlichen Ressourcen war - nach dem vorherrschenden ärztlichen Verständnis - nicht Aufgabe der Ärzte, sondern der Verwaltung, die diese in den Budgetverhandlungen von den Krankenkassen einzufordern hatten.

Unter der internen Budgetierung wird diese Aufgabe nun zunehmend auf die Ärzte verlagert. Durch die vorgelegten Budgetdaten wird ihnen ihr entscheidender Einfluß auf die Leistungs- und Kostenentwicklung, und damit auch den Budgeterfolg, regelmäßig vor Augen geführt. Ob hierdurch Veränderungen in der ärztlichen Ethik bewirkt werden, wäre im Grunde dringend erforderlich, im Rahmen einer Längsschnittstudie zu untersuchen.

Besonders problematisch sind in diesem Zusammenhang Vorschläge, einen Teil der Einkommen von Beschäftigten im Krankenhaus durch „Erfolgsbeteiligungen“ (Fack 1990), die „Schaffung interner Anreizsysteme (Bonussysteme)“ (Expertengruppe 1992: 2) oder „erfolgsabhängige Chefarztverträge“ (BMA 1989: 29, 39; Lunkenheimer 1994: 564) an den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses oder der Abteilung anzubinden, und so zu ‘wirtschaft-

lichem Verhalten' zu motivieren.<sup>34</sup> Da als Erfolg durchgängig nur der 'wirtschaftliche Erfolg' gilt, tritt in diesen Modellen das Risiko einer 'Überformung' medizinisch-pflegerischer Entscheidungen durch die Orientierung am wirtschaftlichen Erfolg besonders deutlich zutage: durch die inverse Koppelung von persönlichem Einkommen und Ressourcenverbrauch können Einkommenszuwächse durch die Unterlassung medizinisch notwendiger Leistungen erzielt werden (Bonusregelung) oder wird der behandelnde Arzt wegen der Gewährung notwendiger Leistungen, die zu einer Budgetüberschreitung führen, durch Einkommensverluste bestraft (Malusregelung).

Interne Budgetierung entfaltet auch Wirkungen auf die Krankenhausorganisation. Lag die Leitung der Fachabteilung bislang allein bei den Chefärzten, so wird zunehmend über eine Reform der Leitungsstrukturen und -funktionen diskutiert (Dahlgaard/Bussche 1995; Hoffmann 1996; Kurscheid-Reich 1996; Pföhler 1996). Ausgehend von der Einschätzung, daß die wachsenden Anforderungen insbesondere im Bereich der Kosten- und Leistungssteuerung und des Controlling auf Dauer nicht befriedigend als Nebentätigkeit erfüllt werden können, sind verschiedene Modelle der Reorganisation bereits in der Erprobung oder zumindest Planung. Das Spektrum reicht von der Einrichtung einer Stabstelle, die dem jeweiligen Chefarzt bei der Budgetüberwachung zuarbeitet, bis zur Einstellung von hauptamtlichen ärztlichen Direktoren entweder auf der Ebene des gesamten Krankenhauses oder aber der jeweiligen Fachabteilungen. Zwar würden die Chefärzte durch die Einstellung eines hauptamtlichen ärztlichen Direktors von Problemen der Krankenhausökonomie entlastet, dennoch aber stößt dieses Modell offenbar auf Skepsis und Ablehnung unter Chefärzten, insbesondere, weil sie vom freigestellten ärztlichen Direktor - noch dazu, wenn er nicht aus ihren Reihen stammt - keine angemessene Vertretung ihrer Interessen erwarten, sondern in ihm vielmehr einen Vertreter des Krankenhausträgers sehen. Vorherrschendes Modell der Abteilungsleitung wird aller Wahrscheinlichkeit nach auf absehbare Zeit sicherlich der nebenamtlich tätige, aber durch einen Arzt mit betriebswirtschaftlicher Zusatzqualifikation unterstützte Chefarzt sein (Hoffmann 1996, Kurscheid-Reich 1996). Passend zu diesem Trend wird bereits an medizinischen Fakultäten Betriebswirtschaftslehre als Wahlfach angeboten.

Die bisher angesprochenen Modelle der Reorganisation der Abteilungsleitung weisen den leitenden Ärzten die letztentscheidende Position zu. Im Zusammenhang mit Diskussionen über die zukünftig für die Existenzsicherung des Krankenhauses zunehmend wichtiger werdende Verbesserung einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation finden sich aber auch Modelle einer „kooperativen Abteilungsleitung“, in denen die Leitung sowohl dem leitenden Arzt als auch der pflegerischen Abteilungsleitung übertragen wird (Dahlgaard/Bussche 1995). Allerdings bleibt die Leitung des ärztlichen Dienstes und Letztverantwortung für die ärztliche Versorgung - und somit die wichtigsten kostenrelevanten Entscheidungen - auch in diesem Modell beim Chefarzt, wengleich mit der Auflage, diese mit dem Pflegebereich abzustimmen.

---

<sup>34</sup> „Interne Anreizstrukturen lassen sich insbesondere gut mit vorgegebenen Abteilungsbudgets verbinden. Von daher gehen auch von Abteilungsbudgets Anreize auf die Beschäftigten aus, ein Budget einzuhalten oder sogar zu unterschreiten, sofern dies mit Belohnung verbunden ist. Die Einführung von Bonus-Malus-Systemen ist anzustreben“ (Expertengruppe 1992: 9).

### 2.2.2 Innerbetriebliche Leistungsverrechnung

Die BPfIV 1995 gibt den Krankenhäusern zwar eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung vor, jedoch in einer Form, die weitgehend auf verwaltungsinterne Rechenprozesse beschränkt bleiben kann. In der Logik der Vorgabe ist allerdings der nächste Schritt bereits angelegt: die Kalkulation und Verwendung von innerbetrieblichen Verrechnungspreisen für den Verkehr der Abteilungen untereinander. Die Funktionsweise kann man sich so vorstellen, daß, wenn eine Station eine Untersuchung im Labor anfordert, das Labor für diese Untersuchung der anfordernden Station einen bestimmten Preis berechnet, der von der Verwaltung ermittelt oder festgesetzt wurde. Ähnlich wäre mit allen medizinischen Leistungen zu verfahren, bspw. mit Röntgenaufnahmen, EKGs, Sonographien etc., aber auch mit physiotherapeutischen Behandlungen oder ärztlichen Konsiliarleistungen.

Die jeweiligen Preise können entweder auf Grundlage der tatsächlichen Selbstkosten der jeweiligen leistungserbringenden Abteilung festgesetzt oder aber aus bereits existierenden Gebührenkatalogen, wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder dem Tarifsystem der DKG für Krankenhausleistungen (DKG-NT), übernommen werden. Eine Preisfestsetzung auf Grundlage der Ist-Kosten der Abteilung setzt im Grunde die Ermittlung des jeweiligen Ressourcenverbrauchs je Einzelleistung voraus, insbesondere also auch die Durchführung arbeitsanalytischer Untersuchungen, und ist dadurch - wenn sie halbwegs exakt sein soll - sehr aufwendig. Um diesen hohen Aufwand zu vermeiden, wird oftmals auf pauschale Kennzahlen und Verteilungsschlüssel oder vorhandene Gebührenkataloge (z.B. EBM) zurückgegriffen.

Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung auf Grundlage von Preisen für Sekundärleistungen wird dazu führen, daß die leistungsanfordernden Stellen im Krankenhaus die Preise beispielsweise des krankenhauseigenen Labors mit denen anderer Krankenhäuser oder von niedergelassenen Laborfachärzten vergleichen und daraufhin zunächst einzelne Untersuchungen und sukzessive weitere Aufträge extern vergeben. Die Folge werden Beschäftigungsprobleme des eigenen Labors sein, das - wenn es weitere 'Kunden' innerhalb des Krankenhauses verliert, entweder auch auf eine externe Leistungserbringung umstellt oder aber teilweise oder vollständig schließen muß. Ein anderes Modell stellt die Übernahme des Krankenhauslabors durch den jeweiligen Laborchefarzt oder einen niedergelassenen Laborarzt dar. Die Einführung einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung verstärkt mit hoher Wahrscheinlichkeit den Trend zum Outsourcing im medizinischen Bereich.

Innerbetriebliche Leistungsverrechnung wird sicherlich auch Veränderungen im ärztlichen Anordnungsverhalten bewirken. Zunächst einmal wird mit der Berechnung von Preisen für Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen etc. deutlich gemacht, daß durch ärztliche Anordnungen Ressourcen anderer Abteilungen verbraucht werden. Dieser Ressourcenverbrauch schlägt unter den Voraussetzungen der internen Budgetierung für die anfordernde Abteilung als Abzug von ihrem Budget zu Buche. Weicht die Menge und Art der angeforderten Leistungen von der Budgetplanung ab, so können daraus Überschüsse oder Defizite der bettenführenden Abteilung entstehen. Werden mehr und teurere Sekundärleistungen als geplant angefordert, ohne daß dem höhere Einnahmen gegenüberstehen, ist dies mit dem Risiko einer Ko-

stenunterdeckung verbunden. Weniger und billigere Sekundärleistungen als geplant führen bei plankonformen Einnahmen zu einem Überschuß. Innerbetriebliche Leistungsverrechnung entfaltet somit einen Anreiz zur Reduzierung von Sekundärleistungen. Dies wird sicherlich dazu führen, daß ärztliche Anordnungen stärker als bislang auf ihre medizinische Notwendigkeit hin überprüft und unnötige Belastungen von Patienten dadurch vermieden werden.

Innerbetriebliche Leistungsverrechnung birgt in sich allerdings auch das Risiko, daß medizinisch notwendige Leistungen unterbleiben, um das Budget - vor allem bei einer absehbaren oder bereits eingetretenen Budgetüberschreitung - nicht weiter zu belasten. Unter den Bedingungen einer internen Budgetierung wird sich insbesondere ein höherer Anteil behandlungsaufwendiger Fälle in einer überproportionalen Steigerung der Ausgaben für Sekundärleistungen niederschlagen. Werden für diesen Fall keine ausreichenden Ausgleichsmechanismen bereitgestellt, geht von der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ein starker Anreiz zur Risikoselektion aus, in diesem Fall zur Verlegung kostenaufwendiger Patienten in eine andere Fachabteilung oder ein anderes Krankenhaus.

### *2.2.3 Patientenbezogene Kosten- und Leistungsrechnung*

Während für die Kalkulation von Abteilungspflegesätzen die Zuordnung von Kostenarten zu Kostenstellen (Kostenstellenrechnung) weitgehend ausreicht, erfordert die Nachkalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten eine patientenbezogene Kosten-Leistungsrechnung, bei der die Kosten entsprechend dem jeweiligen Ressourcenverbrauch dem einzelnen Behandlungsfall als Kostenträger zugerechnet werden (Kostenträgerrechnung). Das Krankenhaus erhält für die Behandlung eines bestimmten Falls einen extern vorgegebenen fixen Betrag in Form einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes und muß daran interessiert sein, zu ermitteln, ob und in welchem Umfang die pauschale Vergütung die tatsächlichen Selbstkosten deckt. Im Rahmen einer für jede einzelne Fallpauschale durchzuführenden Nachkalkulation wären die für die jeweiligen Patienten erbrachten Einzelleistungen zu erfassen und in DM zu bewerten und die durchschnittlichen Behandlungskosten je Patientengruppe mit dem jeweiligen Entgelt abzugleichen. Auf Grundlage der Nachkalkulation wäre dann vom Krankenhaus zu entscheiden, ob bestimmte Behandlungen, deren Kosten nicht durch die zu erzielenden Erlöse gedeckt werden, weiterhin angeboten werden sollen.

Im Sinne des ursprünglichen Reformkonzepts der Bundesregierung würden Krankenhäuser rational handeln, wenn sie Behandlungen, deren Kosten nicht durch die entsprechende Fallpauschale oder das jeweilige Sonderentgelt gedeckt werden, aus ihrem Leistungsangebot streichen und Leistungen, deren Kosten unter dem jeweiligen pauschalen Entgelt liegen, verstärkt anbieten. So könnten Fallpauschalen und Sonderentgelte nach den Vorstellungen der Bundesregierung als Instrumente einer „Steuerung des Leistungsgeschehens über den Preis“ (BMA 1989: III) eingesetzt werden. Über die Festsetzung und Veränderung der Preishöhe würde - so die zugrundeliegende Annahme - Leistungsmengen diagnosebezogen gesteuert.

Die Umsetzung dieses Konzepts setzt allerdings zum einen eine funktionierende Kostenträgerrechnung in den Krankenhäusern und zum anderen die Freigabe der Mengenentwicklung voraus. Beide Voraussetzungen sind jedoch zur Zeit nicht oder nur in beschränktem Umfang gegeben. Bislang verfügen nur relativ wenige Krankenhäuser über eine funktionierende Ko-

stenträgerrechnung und sind folglich nicht in der Lage, ihre tatsächlichen Selbstkosten für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte zu ermitteln. Sie können somit nicht feststellen, bei welchen Entgelten Überschüsse und bei welchen Verluste entstehen. Der Aufbau einer Kostenträgerrechnung ist darum eines der zentralen Themen in Managementzeitschriften des Krankenhausbereichs.<sup>35</sup>

Die zweite Voraussetzung - keine Begrenzung der Mengenentwicklung - war bis Ende 1996 nicht gegeben, weil die Vorgabe eines »festen Budgets« mit der Verpflichtung der Krankenhäuser zur 100%igen Rückgabe von Mehreinnahmen, die aufgrund höherer Fallzahlen im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich entstehen, einer Mengenlimitierung gleichkam. Führte ein Krankenhaus im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich mehr Behandlungen durch, als in der Budgetvereinbarung festgelegt, so mußte es die daraus resultierenden Mehreinnahmen über ein nächstes Budget an die Kassen zurückzahlen. Eine Überschreitung der im Budget eingeplanten Fallzahlen war für das einzelne Krankenhaus dementsprechend mit dem Risiko der Unterdeckung von variablen Behandlungskosten verbunden. Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde diese Mengenlimitierung nur unwesentlich verändert, so daß auch 1997 die 'Punktlandung' bei der Mengenentwicklung für Fallpauschalen und Sonderentgelte, also die Einhaltung der im Budget eingeplanten Fallzahlen, als sinnvollste Option erscheinen muß (Hansen/Nehmert 1997).

Fallpauschalen und Sonderentgelte können zur Zeit aber vor allem deshalb nicht zur Steuerung des Leistungsgeschehens dienen, weil in der Übergangsphase bis Ende 1997 durch den vorgegebenen »Erlösabzug« nach § 12 Abs. 2 BPflV 1995 Verluste und Gewinne im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich durch höhere oder niedrigere Abteilungspflegesätze ausgeglichen werden. Auswirkungen auf das Leistungsspektrum der Krankenhäuser sind erst ab 1998 zu erwarten, wenn die tatsächlichen Behandlungskosten für Fallpauschalen- und Sonderentgeltpatienten gemäß § 12 Abs. 3 BPflV 1995 vor Kalkulation der Pflegesätze aus dem Budget ausgegliedert werden. Erst dann können Verluste oder Überschüsse aus der Versorgung von Fallpauschalen- und Sonderentgeltpatienten resultieren.

Solange ein Krankenhaus allerdings nicht über eine ausgereifte patientenbezogene Kostenrechnung (Kostenträgerrechnung)<sup>36</sup> verfügt, wird es auch nach einer Kostenausgliederung nicht ermitteln können, bei welchen Fallpauschalen oder Sonderentgelten Kostenunter- oder -überdeckungen anfallen. Es wird nur in der Lage sein, festzustellen, daß insgesamt im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich Verluste oder Überschüsse angefallen sind. Da der Aufbau einer umfassenden Kostenträgerrechnung in der Mehrzahl der Krankenhäuser sicherlich noch mehrere Jahre dauern wird, dürften Veränderungen der Leistungsstrukturen aufgrund eines fallgruppenbezogenen Kosten-Erlös-Vergleichs - wenn überhaupt - in den nächsten Jahren nur in relativ wenigen Krankenhäusern erfolgen.

---

<sup>35</sup> Stellvertretend für zahlreiche neuere Beiträge: Enders 1996; Kaiserauer u.a. 1996; Klask u.a. 1996; Schmidt 1997.

<sup>36</sup> Bei der Kostenträgerrechnung im Krankenhaus werden alle pflegesatzfähigen Kosten (Vollkostenrechnung) den Patienten (Kostenträgern) anteilig zugerechnet. Die Verwendung des Begriffs „Kostenträger“ in diesem Zusammenhang unterscheidet sich damit von der im Sozialrecht üblichen Bezeichnung von Institutionen, die die Behandlungskosten „tragen“ im Sinne von bezahlen.

Die Auswirkung des neuen Entgeltsystems auf das Leistungsspektrum der Krankenhäuser dürfte in den nächsten Jahren auch deshalb relativ gering bleiben, weil die Entscheidung über das Leistungsangebot eines Krankenhauses in der Regel stärker von mittel- und langfristigen strategischen Überlegungen geprägt wird als durch kurzfristige Überschüsse oder Verluste in einzelnen Leistungsbereichen. Wenn eine Leistung entweder Bestandteil des Versorgungsauftrages des Krankenhauses oder aus Sicht des Krankenhausmanagements unverzichtbar für das Profil der Klinik ist, wird sie auch dann im Leistungsangebot des Krankenhauses verbleiben, wenn die entsprechende Fallpauschale oder das Sonderentgelt nicht die anfallenden Kosten deckt. In diesem Fall werden Überschüsse anderer Leistungssektoren oder Abteilungen zur Deckung partieller Verluste verwendet werden. Ein solches Vorgehen legt auch die Bestimmung in § 11 Abs. 3 BpflV 1995 nahe, nach der Verluste bei einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten zunächst intern auszugleichen sind, bevor ein Anspruch auf Zuschläge zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten geltend gemacht werden kann. Die Position der Bundesregierung, daß Überschüsse und Unterdeckungen zwischen den Abteilungen ausgeglichen werden sollen, wurde bereits angesprochen.

Vor dem Hintergrund dieser Zusammenhänge wird bezweifelt, daß eine detaillierte Nachkalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte überhaupt sinnvoll ist, denn der erhebliche Verwaltungsaufwand, der mit dem Aufbau einer umfassenden Kostenträgerrechnung verbunden ist, stehe in keinem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen (Schmidt 1997: 14). Wenn zur Zeit eine patientenbezogene Zuordnung von Kosten und Leistungen vorbereitet oder bereits durchgeführt wird, dann in der Regel nicht, um zu ermitteln, welche Behandlungen als verlustbringend aus dem Angebot gestrichen werden sollten, sondern vielmehr in erster Linie zur Steuerung ärztlichen Anordnungsverhaltens. Die patientenbezogene Zuordnung von Leistungen und Kosten liefert die Datengrundlage für die Überprüfung des Leistungsspektrums je Fallgruppe, mit dem Ziel, die eigenen 'Produktionskosten' im Rahmen des vorgegebenen Entgelts oder Budgets zu halten (beispielhaft hierzu: Klask/Reiners/Schmelzer 1996; Schmidt 1997). Damit verbunden ist das Thema »Leistungssteuerung« in den letzten Jahren zunehmend stärker in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

### ***2.3 Aufbau einer medizinischen Leistungssteuerung***

Unter den Bedingungen der Budgetdeckelung und nach Einführung des neuen Entgeltsystems sind Krankenhäuser dazu gezwungen, der Leistungsentwicklung erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Sie müssen darauf achten, daß sowohl die Leistungsmengen als auch die Struktur der Leistungen im Rahmen ihrer Budgetplanung bleiben. Überschreitungen der Planung sind unter den genannten Bedingungen in der Regel mit einem wirtschaftlichen Risiko für das Krankenhaus verbunden. Die Beherrschung dieser Risiken erfordert Konzepte zur Steuerung des Leistungsgeschehens. Dabei ist zu beachten, daß die Risiken in Abhängigkeit von der Entgeltform variieren.

### 2.3.1 Leistungssteuerung als Strategie der Risikominimierung

Unter den Bedingungen eines festen Budgets, mit der Verpflichtung des Krankenhauses zur Rückzahlung der Mehreinnahmen aufgrund von Mehrbelegungen, gilt für den über *Abteilungspflegesätze* finanzierten Bereich, daß vor allem die Entwicklung der *Belegung* beobachtet werden muß. Es kommt darauf, an Mehrbelegungen zu verhindern, da sie mit dem Risiko der Unterdeckung variabler Kosten, insbesondere für den medizinischen Bedarf, verbunden sind. Allein die Beobachtung und Steuerung der Belegung reicht jedoch zur Vermeidung wirtschaftlicher Risiken nicht aus. Es muß ebenso die Entwicklung der Fallzahl wie auch der Fallstruktur gesteuert werden (vgl. u.a. Damkowski/Precht 1996; Fack-Asmuth 1996; Hahn 1996; Pfaffenberger 1996; Schmidt 1997).

Trotz Einhaltung der geplanten Belegung kann es zu Verlusten kommen, wenn die geplante *Fallzahl*, verbunden mit einer entsprechenden Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer, überschritten wird. Ein Anstieg der Fallzahl bedeutet einen Anstieg der besonders kostenaufwendigen Behandlungstage, beispielsweise der ersten Tage nach einer Operation. Schließlich kann zwar die Belegung wie auch die Fallzahl im Rahmen der Budgetplanung gehalten werden, dennoch aber ein Verlust entstehen, wenn durch eine Verschiebung in der *Fallstruktur* mehr schwere Fälle versorgt werden als in der Planung vorgesehen. Um den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses oder der Fachabteilung zu sichern, ist somit in bezug auf den Abteilungspflegesatzbereich eine zeitnahe Überwachung von Belegung, Fallzahl und Fallstruktur sowie gegebenenfalls ein kurzfristiges Gegensteuern erforderlich. Die hierzu gehörenden Einzelmaßnahmen werden allgemein unter dem Begriff der »Leistungssteuerung« oder des »Leistungscontrolling« zusammengefaßt.

Für den über *Fallpauschalen* und *Sonderentgelte* finanzierten Bereich sind einige Besonderheiten zu beachten. Wird die geplante Fallzahl erreicht, so ist die dafür beanspruchte *Bettenbelegung* im Falle einer Abteilung, die sich nur aus Fallpauschalen finanziert, für die Kostendeckung unerheblich, da die geplanten Einnahmen mit Erreichen der geplanten Fallzahl realisiert werden. Sofern es sich aber um eine Abteilung handelt, die sich sowohl aus Fallpauschalen als auch aus Sonderentgelten und Abteilungspflegesätzen finanziert, führt eine Überschreitung der für Fallpauschalen- und Sonderentgeltpatienten eingeplanten Bettenbelegung zu Mindereinnahmen bei den Abteilungspflegesätzen. Wird dagegen die geplante Belegung durch Fallpauschalen- und Sonderentgeltpatienten unterschritten, könnten - gäbe es nicht die Vorschriften des festen Budgets - mehr Betten mit Abteilungspflegesatzpatienten belegt und zusätzliche Pflegesatzeinnahmen erzielt werden. Solange jedoch Mehreinnahmen durch Mehrbelegungen im Abteilungspflegesatzbereich zum weit überwiegenden Teil oder vollständig an die Krankenkassen zurückgegeben werden müssen, ist es aus ökonomischer Perspektive sinnvoller, diese Betten nicht zu belegen, damit keine (ungedeckten) variablen Kosten durch zusätzliche Behandlungstage anfallen.

Von zentraler Bedeutung für die Leistungssteuerung im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich ist unter den gegenwärtigen Bedingungen die Steuerung der *Fallzahlen*. Da Mehreinnahmen durch Fallzahlüberschreitungen vollständig an die Kassen zurückzuerstatten sind, stehen den zusätzlichen Behandlungskosten keine zusätzlichen Einnahmen gegenüber.

Fallzahlüberschreitungen sind somit unter den gegenwärtigen Bedingungen eines festen Budgets nach Möglichkeit zu vermeiden. Solange Mindereinnahmen aufgrund von Minderbelegung von den Kassen über ein folgendes Budget auszugleichen sind, stellt die Fallzahlunterschreitung kein wirtschaftliches Risiko für das Krankenhaus dar. Wird ab 1.1.1998 allerdings die vorgesehene Kostenausgliederung durchgeführt und die Mengenentwicklung freigegeben, kehrt sich die Risikolage um. Verbleiben die zusätzlichen Erlöse aufgrund höherer Fallzahlen im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich dem Krankenhaus, führt die Fallzahlüberschreitung zur Überdeckung von Fixkosten und somit zu Überschüssen. Fallzahlunterschreitungen sind dagegen mit dem Risiko einer Fixkostenunterdeckung verbunden.

Unter den Bedingungen eines festen Budgets müssen die Abteilungen somit bestrebt sein, Fallzahlüberschreitungen zu vermeiden, unter den Bedingungen der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie freigegebener Mengen müssen Krankenhäuser darauf achten, daß die geplanten Fallzahlen auch tatsächlich erreicht werden. Als Maßnahmen zur Vermeidung einer Fallzahlüberschreitung bei einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten sind zunächst auch diejenigen geeignet, die bereits im Abschnitt über Strategien zur Vermeidung von Mehrbelegungen unter der Deckelung angesprochen wurden: Bettensperrungen, Verschiebung von Behandlungen in das nächste Budget und Weiterverlegungen von Patienten in andere Krankenhäuser. Darüber hinaus kann die Überschreitung von Fallzahlen bei einzelnen Entgelten dadurch vermieden werden, daß Patienten durch die Modifizierung der Diagnosenstellung oder Wahl einer anderen Therapieverschlüsselung einer anderen Fallpauschale, einem anderen Sonderentgelt oder dem Abteilungspflegesatzbereich zugeordnet werden. Es gibt Anzeichen dafür, daß Re-Kodierungen zum Zweck der Vermeidung von Fallzahlüberschreitungen in Krankenhäusern auch tatsächlich praktiziert werden.<sup>37</sup>

Eine Re-Kodierung, die nur der Steuerung von Fallzahlen dient, und nicht auch mit einer Modifizierung der Behandlung für Zwecke einer 'korrekten' Abrechnung einhergeht, ist zunächst nur für die einzelne Krankenkasse von Interesse, sofern aus der Diagnoseänderung eine höhere Vergütung für den einzelnen Behandlungsfall resultiert. Wenn Re-Kodierungen in größerem Umfang vorgenommen werden, resultieren daraus allerdings statistische Artefakte in der amtlichen Diagnosestatistik. Die Validität der Diagnosestatistik wäre dann zumindest in Teilbereichen in Frage zu stellen.

Weitaus problematischer sind dagegen Re-Kodierungen, die auch zu einer Modifizierung von Behandlungen führen. So könnte beispielsweise, wenn die mit den Kassen vereinbarte Fallzahl bei einer Fallpauschale erreicht ist, die ursprünglich geplante Operation leicht variiert und dann unter einem anderen ICPM-Schlüssel<sup>38</sup> kodiert und mit einem anderen Entgelt abgerechnet werden.

Eine an der Erreichung wirtschaftlicher Ziele orientierte Leistungssteuerung im Fallpauschalen- und Sonderentgeltbereich muß letztlich auch die Entwicklung der *Fallstruktur* einbezie-

---

<sup>37</sup> Ich stütze mich hier auf entsprechende Aussagen von Experten aus dem Krankenhausbereich, die im Rahmen eines laufenden Forschungsprojektes am WZB interviewt wurden.

<sup>38</sup> ICPM: International Classification of Procedures in Medicine. Die Kodierung der durchgeführten Operation nach ICPM ist zusammen mit der Diagnose nach ICD (International Classification of Disease) Kriterium für die Zuordnung von Patienten zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten.

hen. Auch wenn die geplante Fallzahl erreicht bzw. nicht überschritten wird, ist dies keine Gewähr für ein positives wirtschaftliches Ergebnis. Bereits unter der Deckelung waren Verschiebungen in der Fallstruktur, die zur Aufnahme und Versorgung eines über dem Planungsansatz liegenden Anteils schwerer Fälle führten, mit dem Risiko überproportional steigender variabler Kosten verbunden, die nicht durch zusätzliche Erlöse gedeckt wurden. Fallpauschalen verschärfen dieses Problem für Krankenhäuser dahingehend, daß auch die Beibehaltung der bisherigen Diagnosestruktur zu einem wirtschaftlichen Risiko werden kann, wenn das Krankenhaus im Vergleich zu der in die Kalkulation der Fallpauschalen und Sonderentgelte eingegangenen Fallstruktur einen höheren Anteil schwerer Fälle innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen versorgt.

Diese Wirkung von Fallstrukturänderungen resultiert aus dem äußerst geringen Grad an Differenzierungen im bundesdeutschen Fallpauschalensystem. Die Zuordnung eines Patienten zu einem Entgelt erfolgt nur aufgrund der Diagnose und Behandlungsart. Unzweifelhaft kostenrelevante Einflußfaktoren wie Alter, Multimorbidität und Schweregrad der Erkrankung bleiben dadurch unberücksichtigt und werden zu einem wirtschaftlichen Risiko für das Krankenhaus. Maßnahmen der Leistungssteuerung müßten darum - einer rein ökonomischen Logik folgend - auch darauf gerichtet werden, den Anteil schwerer Fälle zu begrenzen, möglichst sogar zu reduzieren. Daß derartige Strategien nicht nur logisch aus den Regelungen der Krankenhausfinanzierung abgeleitet werden können, sondern auch teilweise auch praktiziert werden, wurde bereits im Abschnitt über die Auswirkungen der Budgetdeckelung belegt. Allerdings handelte es sich bislang - gemessen an der Gesamtzahl der Krankenhäuser und Patienten - nur um relativ wenige Fälle.

Betrachtet man die derzeitige Diskussion über sinnvolle Strategien zur Umsetzung des neuen Entgeltsystems, so steht beim Thema Leistungssteuerung nicht die Steuerung von Fallzahlen und Fallstruktur, sondern die Standardisierung medizinisch-pflegerischer Leistungsprozesse im Vordergrund. Um den Ressourcenverbrauch im Rahmen der jeweiligen Fallpauschale zu halten, werden für einzelne Fallpauschalen und Sonderentgelte Behandlungsleitpfade entwickelt, die ein Paket an diagnosebezogenen Einzelleistungen und Entscheidungsabfolgen beinhalten (Lohfert/Sanden 1996). Der jeweilige Behandlungsleitpfad dient als Orientierung für den ärztlichen Dienst und definiert einen diagnosebezogenen Versorgungsstandard der Abteilung oder Klinik. Abweichungen vom Leitpfad sind in der Regel möglich, bedürfen aber der Begründung.

Die Definition von Behandlungsleitpfaden wird zum einen dazu eingesetzt, medizinisch nicht notwendige Leistungen herauszufiltern, um den durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vorgegebenen finanziellen Rahmen nicht zu überschreiten. Zum anderen stellen Standardisierungsprozesse auch ein Element der Qualitätssicherung in der Medizin dar, da der jeweilige Leitpfad nicht nur eine Obergrenze definiert, sondern zugleich festlegt, was bei einer bestimmten Diagnose als medizinisch notwendige Leistung zu gelten hat.

### 2.3.2 Leistungssteuerung im Spannungsfeld zwischen ökonomischer Rationalität und medizinisch-pflegerischer Ethik

Auch wenn die unter dem Begriff der Leistungssteuerung zusammengefaßten Strategien zur Verbesserung von Versorgungsprozessen beitragen können, so bleibt doch ein grundsätzliches Problem: die Notwendigkeit einer differenzierten Leistungssteuerung wird gegenwärtig in der Regel aus dem Ziel abgeleitet, Kostenunterdeckungen durch unkontrollierte Leistungsentwicklungen zu vermeiden. Darin ist angelegt, daß sich versorgungsrelevante Entscheidungen - aus rein ökonomischer Perspektive betrachtet - nicht in erster Linie am Versorgungsbedarf von Patienten zu orientieren haben, sondern primär am wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses oder der Abteilung. Die Zuteilung von Versorgungsleistungen müßte dementsprechend - würden die Akteure im Krankenhaus einer rein ökonomischen Rationalität folgen - von der Vereinbarkeit mit dem wirtschaftlichen Erfolg der Abteilung oder des Krankenhauses abhängig gemacht werden.

Natürlich ist eine derartige Handlungsorientierung weder vom Gesetzgeber intendiert, noch explizit im Finanzierungsrecht enthalten. Nimmt man die Konstruktion des neuen Entgeltsystems zusammen mit der Fortsetzung der sektoralen Budgetierung als System von expliziten Handlungsanweisungen und impliziten Handlungsaufforderungen, so können vor allem die finanziellen Auswirkungen von Versorgungshandlungen als implizite Handlungsaufforderungen begriffen werden. Geht man von den finanziellen Auswirkungen aus, so wird beispielsweise die Versorgung bestimmter Patientengruppen, ein höherer Anteil schwerer Fälle oder die Aufnahme von Patienten über die vereinbarte Bettenbelegung hinaus mit dem Risiko finanzieller Verluste 'bestraft', die selektive Aufnahme 'guter Risiken', die Verlegung schwerer Fälle in andere Krankenhäuser etc. mit der Chance von Überschüssen 'belohnt'. Aus Sicht einer primär am wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses orientierten ökonomischen Rationalität müssen finanziell negativ sanktionierte Versorgungsentscheidungen dadurch letztlich als politisch unerwünscht und positiv sanktionierte als politisch erwünscht erscheinen.

Versorgungsentscheidungen folgen im Krankenhaus aber auch unter der geänderten Krankenhausfinanzierung in der Regel nicht der ökonomischen Rationalität, sondern immer noch der medizinisch-pflegerischen Ethik, die von den Akteuren im Krankenhaus verlangt, sich in erster Linie am Wohl des Patienten zu orientieren. Stellt in der ökonomischen Rationalität das Wohl des Patienten - in seiner reduzierten Erscheinungsform als 'Patientenzufriedenheit' - lediglich eine Bedingung für den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses dar, so genießt der wirtschaftliche Erfolg des Krankenhauses für die medizinisch-pflegerische Ethik nicht den Status eines eigenständigen Ziels. Finanzielle Ressourcen haben in der medizinisch-pflegerischen Ethik lediglich die Funktion einer Randbedingung, die erfüllt sein muß, um eine medizinisch notwendige und bedarfsgerechte Versorgung durchführen zu können.

Aus dem Zusammentreffen von ökonomischer Rationalität und medizinisch-pflegerischer Ethik ergibt sich im Krankenhausalltag somit ein grundsätzlicher Zielkonflikt, der zwar keineswegs neu ist, durch Budgetdeckelung und neues Entgeltsystem jedoch eine neue Qualität und Schärfe erhält. Wenn er bislang nur in relativ seltenen Fällen öffentlichkeitswirksam in Form von Skandalen o.ä. in Erscheinung getreten ist und die Patientenversorgung noch nicht in größerem Umfang beeinträchtigt hat, so dürfte dies in erster Linie darin begründet sein, daß

der Prozeß einer stärkeren Durchdringung des medizinisch-pflegerischen Bereichs im Krankenhaus mit ökonomischer Rationalität noch in den Anfängen steckt und die medizinisch-pflegerische Ethik noch ausreichend stark im Bewußtsein der Akteure verankert ist, um den Widerspruch zugunsten einer bedarfsgerechten Versorgung aufzulösen.

Die in versorgungsrelevante Entscheidungen eingebundenen Akteure im Krankenhaus versuchen in der Regel den Konflikt zu harmonisieren, also auch unter verstärktem ökonomischen Druck eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Der damit verbundene Verantwortungsdruck lastet am stärksten auf den behandelnden Ärzten. Auf der individuellen Ebene bleibt den Ärzten - wenn sie vermeiden wollen, daß die Ressourcenverknappung zur Beeinträchtigung der Patientenversorgung führt - letztlich nur die Intensivierung und Extensivierung ihrer Arbeit. Stellenmangel, Fallzahlsteigerungen und höherer administrativer Aufwand werden durch Verdichtung und zeitliche Ausdehnung des Arbeitstages versucht zu kompensieren (Stern 1996).

Sollte der ökonomische Druck auf Krankenhäuser weiter gesteigert werden, beispielsweise durch Bettenabbau bei gleichzeitigem Fallzahlenanstieg, wächst die Gefahr einer 'Dekompen-sierung' auf der Ebene des individuellen Versorgungshandelns. Da die Zahl der Planstellen im ärztlichen Dienst auch heute noch in der Regel an die Zahl der durchschnittlich belegten Betten gekoppelt ist, muß eine Reduzierung der Planbetten zu einem Stellenabbau im ärztlichen Dienst führen, vorausgesetzt, das bisherige Verfahren der Personalbemessung wird beibehalten.<sup>39</sup> Unter diesen Bedingungen muß ein weiterer Anstieg der Fallzahlen bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer von einer geringeren Zahl Ärzte versorgt werden. Dies führt insbesondere deshalb zu einer deutlichen Steigerung der Arbeitsbelastung, weil bei einer Verkürzung der Verweildauer in der Regel die weniger behandlungsaufwendigen Verweildauer-tage fortfallen, steigende Fallzahlen somit zu einem Anstieg des Anteils behandlungsaufwendiger Tage und Patienten führen.

Unter steigender Arbeitsbelastung kann dann Risikoselektion, aber auch Qualitätsminde-rung, als Ausweg auf der Ebene des individuellen Handelns zunehmend akzeptabel erschei-nen. Die Entlastung von schweren Fällen, bspw. durch Verlegung in ein anderes Krankenhaus, und Minderung der Versorgungsqualität, bspw. durch Unterlassung von Leistungen, führt auf der individuellen Ebene zur Arbeitsentlastung und kann zugleich zu einer Verbesserung des wirtschaftlichen Ergebnisses der Abteilung oder Klinik führen.

Mit diesen Ausführungen soll keineswegs der Eindruck erweckt werden, derartige Ent-wicklungen seien bereits in größerem Umfang zu beobachten. Es soll vielmehr auf die mit ei-ner Verknappung von Ressourcen verbundenen Versorgungsrisiken hingewiesen werden. Während die politisch verantwortlichen Akteure in der Krankenhausumwelt diese Risiken of-

---

<sup>39</sup> Für den über Fallpauschalen finanzierten Bereich haben Krankenhäuser die Möglichkeit, die Personalausstattung nach eigenen Kriterien zu gestalten. In jeder Fallpauschale ist ein Anteil für Personalkosten enthal-ten, aus dem die Planstellen für die Versorgung der Fallpauschalenpatienten finanziert werden können. Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für die Personalbemessung dieser Patienten variieren folglich mit der Fallzahl, so daß auf einen Fallzahlenanstieg mit der Einstellung zusätzlichen Personals reagiert werden könnte. Es hat bislang aber den Anschein, daß die Einführung von Fallpauschalen noch nicht zu einer Modi-fizierung der Personalbemessung im Fallpauschalenbereich geführt hat. Offenbar berechnen Krankenhäuser ihre Stellenpläne in der Regel weiterhin einheitlich nach den traditionellen Anhaltszahlen.

fenbar weitgehend gering schätzen, versuchen die Akteure im Krankenhausbereich ihnen durch den verstärkten Ausbau von Qualitätssicherungssystemen zu begegnen.

### 2.3.3 *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement*

Bereits vor der Umstellung auf das neue Entgeltsystem wurde in der krankenhaupolitischen und wissenschaftlichen Diskussion vielfach darauf hingewiesen, daß die Einführung von Fallpauschalen mit erheblichen Risiken für die Versorgungsqualität verbunden ist.<sup>40</sup> Die für Fallpauschalen festgestellten Risiken können weitgehend für jede Form der prospektiven Finanzierung gelten. Sofern den Leistungserbringern im Gesundheitswesen unabhängig von den jeweiligen Selbstkosten extern festgesetzte Vergütungen vorgegeben werden, die keine oder nur eine unzureichende Berücksichtigung der über die Pauschalierung hinausgehenden Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung vorsehen, geht von diesem Finanzierungssystem ein Anreiz zur Risikoselektion und Qualitätsminderung aus. Wenn Krankenhäusern die Berechnung von Fallpauschalen vorgeschrieben wird, muß dies darum mit einem Ausbau der Qualitätssicherung einhergehen, um dem in den Fallpauschalen angelegten Anreiz zur Qualitätsminderung entgegenzuwirken.<sup>41</sup>

In das Gesundheitsstrukturgesetz wurde dementsprechend parallel zur Vorgabe der Umstellung auf ein neues Entgeltsystem auch eine Aufforderung an die Spitzenverbände von Krankenhausträgern und Krankenkassen aufgenommen, gemeinsame Grundsätze und Empfehlungen zur Qualitätssicherung für Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vereinbaren. Das daraufhin von DKG und GKV vereinbarte Konzept sieht die Erhebung einer Vielzahl von Daten durch die Krankenhäuser und deren Weiterleitung an eine zentrale Auswertungsstelle vor (vgl. Fack-Asmuth 1995; Haeske u.a. 1996), stößt jedoch insbesondere wegen seiner mangelnden Praktikabilität auf Kritik und Skepsis und wurde mittlerweile vom AOK-Bundesverband mit dem Hinweis gekündigt, daß bislang kein Konzept zur Auswertung der Daten vorliege. Aber auch wenn dieses Konzept der externen Qualitätssicherung zur Umsetzung gelangen sollte, bezieht es nur die vollstationär aufgenommenen und behandelten Patienten ein. Ein wesentlicher Teil der Risiken durch Fallpauschalen, wie die Risikoselektion bei der Patientenaufnahme oder 'vergütungstechnische' Re-Kodierungen von Diagnosen und Therapien, bliebe unerfaßt.

Von größerer Bedeutung als die Konzepte der Spitzenverbände sind für die Qualitätsdiskussion in den Krankenhäusern Ansätze und Konzepte einer freiwilligen externen, vor allem aber einer internen Qualitätssicherung. Nachdem zunächst einzelne Krankenhäuser Qualitätssicherungskonzepte der Industrie übernommen hatten und sich vom TÜV zertifizieren ließen (Schmidt 1996; Scheinert/Riegel 1996), zogen DKG und GKV mit dem Konzept einer freiwilligen krankenhausspezifischen Qualitätszertifizierung nach (Das Krankenhaus 5/1995: 219 f.). Unter dem Begriff des Total Quality Management (TQM) haben seit neuerem Ansätze

<sup>40</sup> Vgl. hierzu u.a. Bruckenberg 1994a; Kühn 1988, 1992; Neubauer/Unterhuber 1987; Projektgemeinschaft 1986; SVRKAiG 1987: 102.

<sup>41</sup> Vgl. hierzu u.a. Arnold/Armann 1992; Gerdemann 1994; GKV 1994a; Neubauer 1991; SVRKAiG 1987: 101, 1992: 93.

interner Qualitätssicherung Konjunktur, die alle Aspekte des Krankenhauses im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Qualität des Krankenhausprodukts betrachten und gestalten wollen (Graf 1996; Hildebrand 1995a; Schlüchtermann 1996).

Für Krankenhäuser steht bei externer und interner Qualitätssicherung oftmals die Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz im Vordergrund. Vor dem Hintergrund der Erwartung, daß es in naher Zukunft eine rückläufige Nachfrage nach Krankenhausleistungen und einen Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten geben wird, erhält die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung wie auch der Unterkunft und Verpflegung den Status eines zentralen Wettbewerbsparameters. Nur solche Krankenhäuser werden zukünftig im Wettbewerb überleben - so die zugrundeliegende Überzeugung - die durch die Qualität ihrer Leistungen Patienten an sich binden können.

Einer der verbreitetsten Ansätze zur Verbesserung von Versorgungsprozessen ist die Bildung von berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkeln, die Probleme aufspüren und Lösungsvorschläge erarbeiten (Mühlbauer u.a. 1993; Mühlbauer/Strack 1997). Über die Restrukturierung von Versorgungsabläufen hinaus ist eine - teilweise auch ausdrücklich intendierte - 'Nebenwirkung' der Qualitätszirkel die Förderung der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation. Sie dienen dadurch sowohl der Verbesserung von Versorgungsprozessen und Optimierung von Arbeitsabläufen wie auch als Katalysator für die Veränderung von Organisationskulturen (vgl. u.a. Güntert/Horisberger 1991; Graf 1996).

#### **2.4 Ausbau des betrieblichen Informationswesens**

Die vorstehend herausgearbeiteten Anforderungen an Krankenhäuser durch das neue Entgeltssystem sind letztlich ohne ein umfassendes EDV-gestütztes betriebliches Informationswesen nicht zu bewältigen.<sup>42</sup> Insbesondere die zeitnahe Erfassung, Verarbeitung und Aufbereitung von Kosten- und Leistungsdaten im Rahmen eines abteilungsbezogenen Controlling, die innerbetriebliche Leistungsverrechnung mittels Verrechnungspreisen oder die patientenbezogene Kosten- und Leistungsrechnung erfordern ein EDV-System, das möglichst alle leistungserbringenden Stellen über ein gemeinsames Netz miteinander und zugleich mit der Verwaltung verbindet (Lackes/Schnödt 1996; Marquardt/Schäfer 1997; Ralfs 1993; Seelos 1993; Schröder 1993). Auch für eine an der Einhaltung der Budgetplanung orientierte Leistungssteuerung oder die Nutzung von Behandlungsleitpfaden ist der Einsatz von EDV von erheblichem Vorteil (Schlaudt 1997).

Um die neuen Anforderungen möglichst optimal bewältigen zu können, wäre ein EDV-System erforderlich, über das

- die abrechnungsrelevanten Daten erfaßt und zusammengeführt werden sowie
- die Leistungsplanung, für die Abteilung wie auch für den einzelnen Patienten,
- die Planung der Patientenaufnahme,
- die OP-Planung,

---

<sup>42</sup> Zu Anforderungen an EDV-Systeme, Anwendungskonzepten und Erfahrungsberichten vgl. u.a. die Beiträge in KU-Special Nr. 1 (Beilage zur Krankenhaus Umschau 11/1994) und Nr. 4 (Beilage zur Krankenhaus Umschau 8/1995).

- die Anforderungen von Sekundärleistungen, wie bspw. Labor- und Röntgenuntersuchungen,
- die Übermittlung von Untersuchungsbefunden, vom Blutbild bis zur Computertomographie,
- die Zusammenführung aller Patientendaten, Untersuchungsbefunde, OP-Berichte etc. in einer elektronischen Patientenakte, die die herkömmliche papierene Akte ersetzt,
- die Bestellung medizinischen Sachbedarfs,
- die Essensbestellung und Menuauswahl der Patienten,
- die Dienstplangestaltung etc.

organisiert und koordiniert werden kann.

Das zukunftsfähige Informationssystem muß vor allem in der Lage sein, Leistungsplanung, medizinischer Dokumentation und betrieblichem Rechnungswesen zusammenzuführen (Haas/Kuhn 1997; Lackes/Schnödt 1996; Ralfs 1993; Seiche 1996). Wenn die Station bspw. eine Untersuchung im Labor anfordert, wird der Befund nicht mehr telefonisch durchgesagt und per Rohrpost oder Hol- und Bringedienst auf Station geschickt, sondern direkt über das hausinterne Netz in die elektronische Patientenakte übertragen und auf dem Bildschirm der Station angezeigt. Gleichzeitig mit der Befundübermittlung wird das Budget der Station mit dem jeweiligen Verrechnungspreis für die angeforderte Untersuchung belastet und der Betrag dem Budget des Labors gutgeschrieben.

Bis Anfang 1996 verfügten nur einige Krankenhäuser über einzelne oder mehrere Komponenten eines solchen betrieblichen Informationssystems. Eine Gesamtlösung war auch 1997 noch nicht zu realisieren, da es kein System gab, das alle angesprochenen Funktionen erfüllen konnte (Dänzer 1997; Marquardt/Schäfer 1997). Die vollständige „Informatisierung des Krankenhauses“ (Mühlbauer 1990) wird darum sicherlich noch einige Zeit auf sich warten lassen. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Entgeltsystems verfügte die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser zumeist nur über einige Personalcomputer in der Verwaltung und Patientenaufnahme und war an einen Zentralrechner angeschlossen, über den u.a. die Gehaltsabrechnungen bearbeitet wurden (Lackes/Schnödt 1996). Die relative Rückständigkeit in bezug auf die EDV-Ausstattung kann zum einen darauf zurückgeführt werden, daß unter dem alten Pflegesatzrecht die Notwendigkeit eines umfassenden Ausbaus des betrieblichen Rechnungs- und Informationswesens nicht gegeben war. Bis zum 31.12.1995 konnten sich Krankenhäuser mit bis zu 250 Betten - das waren immerhin ca. 60 % aller Krankenhäuser - gemäß § 9 Krankenhaus-Buchführungsverordnung (alte Fassung) auf Antrag von der Verpflichtung zur kaufmännischen Buchführung und Führung einer Kosten- und Leistungsrechnung befreien lassen.

Zum anderen ist die öffentliche Investitionsförderung nach KHG seit Jahren unzureichend. Nach der Systematik des KHG ist die Erstausrüstung mit EDV nicht über Pflegesätze, sondern aus der öffentlichen Investitionsförderung zu finanzieren. Die von den Ländern bereitgestellte Summe der Fördermittel bleibt aber seit Jahrzehnten hinter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser zurück (Bruckenberg 1994c; Pröbldorf 1989). Ende der 80er Jahre wurden nach einer Schätzung des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG 1989: Ziff. 207) lediglich 60 % des Investitionsbedarfs durch die öffentliche Inve-

stitutionsförderung gedeckt. Das mittlerweile aufgelaufene Investitionsdefizit wird für Westdeutschland auf mindestens 8 Mrd. DM und für Ostdeutschland - wegen der katastrophalen Bausubstanz und enormen Modernisierungslücke - auf mindestens 35 Mrd. DM geschätzt (Bruckenberg 1994c).

Da die Länder nach Inkrafttreten von GSG und BPfIV 1995 keine zusätzlichen Fördermittel für den Ausbau der EDV bereitstellten und die Krankenkassen aufgrund der Deckelung auch nicht bereit und in der Lage waren, den zusätzlichen Investitionsbedarf als Rationalisierungsinvestitionen nach § 18b KHG über die Pflegesätze zu finanzieren, konnten entsprechende Investitionen zumeist nur über zweckgebundene Zuschüsse des Krankenhausträgers oder aus den Wahlleistungseinnahmen finanziert werden. Wenn die Investitionen aber nicht über zusätzliche Mittel finanziert wurden, mußten Mittel für den Ausbau der EDV in Anspruch genommen werden, die ansonsten - ohne die BPfIV 1995 - für die Patientenversorgung zur Verfügung gestanden hätten.

Am Beispiel des betrieblichen Informationswesens wird besonders deutlich, daß die Reform der Krankenhausfinanzierung nicht auf die Verbesserung der stationären Versorgung gerichtet ist, sondern rein fiskalpolitischen Zielen dient. Der Nutzen des EDV-Ausbaus liegt primär in der Erhebung und Verarbeitung großer Datenmengen für Zwecke der Kosten- und Leistungsrechnung. Wenn durch den verstärkten EDV-Einsatz ein Nutzen für die medizinisch-pflegerische Versorgung anfallen sollte, so handelt es sich um eine Nebenwirkung, ein Abfallprodukt. Damit sollen die Bemühungen von Ärzten, Pflegekräften, Informatikern u.a., elektronische Datenverarbeitung für die Verbesserung von Versorgungsprozessen und Optimierung von Arbeitsabläufen nutzbar zu machen, nicht abgewertet werden. Auch wenn die Durchdringung des Krankenhauses mit Informationstechnologien partielle Verbesserungen in der Patientenversorgung mit sich bringen sollte: primärer Zweck war zunächst die Unterstützung des Rechnungswesens. Dies ist auch deshalb hervorzuheben, weil unter der Zielvorgabe einer Begrenzung von Kosten den Krankenhäusern Mehrausgaben in Milliardenhöhe aufgezwungen werden; Mehrausgaben, die noch dazu „als Folge der Ausgabendeckelung nicht für die Leistungserbringung am Patienten zur Verfügung (stehen)“ (Bruckenberg 1994b: 159).

Problematisch am Ausbau des betrieblichen Informationssystems ist aber nicht nur, daß er finanzielle Mittel, sondern auch Arbeitszeit in erheblichem Umfang von der direkten Patientenversorgung abzieht. Ein EDV-System, das zentrale Funktionen innerhalb einer umfassenden Kosten- und Leistungsrechnung erfüllen soll, muß - bevor überhaupt die zahlreichen Rechenoperationen automatisiert ablaufen können - mit Daten 'gefüttert' werden. Das aber heißt im Falle des Krankenhauses nichts anderes als Verbrauch von Arbeitszeit insbesondere von Ärzten, Pflegekräften, MTAs etc. für Zwecke der Eingabe aktueller Leistungsdaten an den zahlreichen peripheren EDV-Geräten. Da der zusätzliche Arbeitszeitaufwand nicht über zusätzliches Personal kompensiert wird, muß das neue Pflegesatzrecht und der dadurch erforderliche Ausbau des betrieblichen Rechnungs- und Informationswesens zu einer Verknappung von Arbeitszeit für die direkte Patientenversorgung führen. Ähnliche Wirkungen erzielen auch

diejenigen Krankenkassen, die von Krankenhäusern ständig mehr medizinische Daten und einen immer weiter steigenden Dokumentationsaufwand verlangen.<sup>43</sup>

Die Gewinner der aktuellen Entwicklung wurden denn auch schon identifiziert. Es sind Computerindustrie, Softwarehersteller und Krankenhausberater, denen die Reform neue Absatzmärkte und Umsatzsteigerungen beschert (Braun u.a. 1997; Bruckenberger 1994b).

---

<sup>43</sup> Insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten scheint es zu einer deutlichen Zunahme von Rückfragen und Anforderung zusätzlicher Unterlagen durch die Krankenkassen gekommen zu sein. Der dadurch notwendig werdende Schriftverkehr bindet ärztliche Arbeitszeit, die ebenfalls nicht für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung steht (vgl. Tischmann 1996, 1997).

### **3. Kooperation und Koordination: Strategien der Beschäftigungssicherung und die in ihnen enthaltenen innovativen Potentiale**

Auf den gestiegenen ökonomischen und politischen Druck haben zahlreiche Krankenhäuser in den letzten Jahren auch mit einer Restrukturierung ihres Leistungsangebotes und verstärkter Kooperation reagiert. Die Restrukturierung des Leistungsangebotes erfolgt auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses in der Regel mit der primären Zielsetzung, die wirtschaftliche Existenz von Teilen des Krankenhausbetriebes und der damit verbundenen Arbeitsplätze mittel- und langfristig zu sichern. Zu diesem Zweck werden neue Geschäftsfelder erschlossen und werden Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern eingegangen. Die Besonderheit dieser Konzepte liegt aber darin, daß sie über die primäre ökonomische Zielsetzung hinaus zu einer Auflockerung der bisherigen starren Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, zur Integration von Versorgungsprozessen und zu einer Neudefinition des Krankenhauses als Dienstleistungs- und Gesundheitszentrum führen.

Ein entscheidender Impuls zu dieser Entwicklung ging von der Zulassung der Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung und zum ambulanten Operieren aus. Die neuen Leistungsformen eröffneten den Krankenhäusern nach jahrzehntelanger erfolgloser Diskussion über eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erstmals die Tür zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Auch das 1994 verabschiedete Pflege-Versicherungsgesetz sollte - so der ausdrückliche Wunsch des BMA (vgl. Vollmer 1993) - von den Krankenhäusern dazu genutzt werden, freiwerdende Betten, anstatt sie zu schließen, in eine Pflegeeinrichtung umzuwidmen, die alle Formen der pflegerischen Versorgung anbietet.

Die Spitzenverbände im Krankenhausbereich griffen die Anstöße auf und stellten 1994 je eigene Konzepte für die Weiterentwicklung der stationären Versorgung vor, die darin übereinstimmten, daß Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum in den Bereich der ambulanten Versorgung ausdehnen sollten (DKG 1994b; GKV 1994b). Die Krankenkassen sprachen sich dafür aus, Krankenhäuser zu Zentren für eine integrierte Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln und die DKG plädierte für die Entwicklung des Krankenhauses zum „Gesundheitszentrum“, das als Institution grundsätzlich auch für die ambulante fachärztliche Behandlung zugelassen sein sollte.

Die Diskussion auf der Ebene der Verbände fand ihre Entsprechung in einer wachsenden Vielfalt von Modellversuchen, Projekten, Maßnahmen, die auf eine stärkere Kooperation des Krankenhauses mit anderen Leistungsanbietern und verbesserte Koordination von Versorgungsprozessen gerichtet sind. Im folgenden werden einige der interessantesten kurz skizziert, ohne damit den Anspruch der Vollständigkeit erheben zu wollen. Es sollen vielmehr nur Entwicklungslinien an exemplarischen Beispielen aufgezeigt werden.

#### **3.1 Kooperation zwischen Krankenhäusern**

Die Kooperation zwischen Krankenhäusern beschränkte sich in der Vergangenheit in der Regel auf Absprachen im Zusammenhang mit Patientenverlegungen. Weitere Kooperationen ergaben sich seit Ende der 80er Jahre durch die Zusammenlegung von Wäschereien oder Küchen mehrerer Krankenhäuser eines Trägers, zumeist kommunaler Krankenhäuser. Durch die

Einführung von Fallpauschalen hat die Kooperation zwischen Krankenhäusern nun einen neuen Impuls erhalten. Verlegt ein Krankenhaus einen Fallpauschalenpatienten nach einer Operation in ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung, so ist die Fallpauschale gemäß § 14 BpflV 1995 zwischen den beiden Krankenhäusern nach einem von ihnen zu vereinbarenden Modus aufzuteilen (als Beispiel vgl. Kolb 1997). War es unter dem alten Pflegesatzrecht und vor der Deckelung aus ökonomischer Sicht relativ unerheblich, in welchem Zustand der Patient verlegt wurde, muß das aufnehmende Krankenhaus nun daran interessiert sein, Absprachen darüber zu treffen, welcher gesundheitliche Status vor der Verlegung erreicht sein muß, um die mit einer Übernahme verbundenen wirtschaftlichen Risiken zu begrenzen. Die Aufteilung von Fallpauschalen erfordert somit auch eine verstärkte Kommunikation über medizinische Probleme, insbesondere über Behandlungsstandards und Versorgungsziele.

Eine Zunahme der Kooperation im Zusammenhang mit Fallpauschalen wird bislang insbesondere aus dem Bereich der Herzchirurgie berichtet (Brucknerberger/Klein 1997; Das Krankenhaus 7/1996: 370). Mittlerweile werden aber auch weitere Felder für eine verstärkte Kooperation zwischen Krankenhäusern diskutiert, so u.a. die Organisation eines gemeinsamen Notfalldienstes zwischen zwei benachbarten Krankenhäusern, eine gemeinsame ärztliche Weiterbildung und Assistentenrotation oder die Durchführung spezieller Operationen in einem kleinen Krankenhaus durch ein „mobiles OP-Team“ eines größeren Krankenhauses (Globig 1996; Rathje 1997).

### **3.2 Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten**

Im Vergleich zur Kooperation zwischen Krankenhäusern scheint die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Leistungserbringern des ambulanten Sektors, insbesondere mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der ambulanten Pflege, bereits deutlich weiter entwickelt. Durch die vielfach zu verzeichnende rückläufige Belegung ergibt sich für Krankenhäuser die Notwendigkeit, Strategien zur Sicherung der Nachfrage nach ihren jeweiligen Krankenhausleistungen zu entwickeln. Eine zentrale Stellung kommt dabei den niedergelassenen Ärzten als „Einweisern“ und somit „Kunden“ des Krankenhauses zu (Riegl 1992, 1995; Künzel/Wollert 1996). Um zu erreichen, daß die niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet des Krankenhauses weiterhin oder verstärkt in das betreffende Krankenhaus einweisen oder daß freigewordene Kapazitäten und Räume des Krankenhauses weiterhin genutzt werden, verfolgen Krankenhäuser verschiedene Ansätze zu einer stärkeren Kooperation:

- niedergelassene Fachärzte werden dafür gewonnen, einen Teil ihrer Sprechstunden in die Räume des Krankenhauses zu verlegen oder eine Praxis auf dem Gelände des Krankenhauses zu eröffnen (vgl. u.a. Das Krankenhaus 8/1996: 431 f.; Lupp 1996),
- über EDV werden Praxen und Krankenhaus vernetzt (Schlaudt 1996), so daß patientenbezogene Daten einschließlich der Untersuchungsbefunde oder Arztbriefe über EDV ausgetauscht werden können (Oswald u.a. 1996) und angeschlossene niedergelassene Ärzte für ihre Patienten über EDV ein Bett im Krankenhaus ‘buchen’ können (Schmid 1996),
- Patienten werden während der stationären Behandlung durch den einweisenden Arzt weiterbetreut, beispielsweise indem dieser an Visiten oder ärztlichen Besprechungen teilnimmt (vgl. Das Krankenhaus 4/1996, 161),

- das Krankenhaus vermietet einen Teil seiner Operationssäle an bestimmten Tagen oder zu bestimmten Tageszeiten an niedergelassene Operateure (Globig 1997), die Nachbetreuung der Patienten erfolgt durch einen ambulanten Pflegedienst des Krankenhauses (Beinert 1994; Brühl u.a. 1993),
- in den Räumen des Krankenhauses wird eine Notfallpraxis eingerichtet, die gemeinsam von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten betreut wird (Kruse 1996; Looß 1997),
- Großgeräte, wie bspw. Kernspintomographen, werden gemeinsam von niedergelassenen Röntgenfachärzten und vom Krankenhaus entweder in den Räumen des Krankenhauses oder in der Praxis genutzt (Lorenz 1996).

Insbesondere durch eine bessere Koordination von Versorgungsprozessen, die über institutionelle Grenzen hinwegreicht, könnten Einbrüche im Versorgungsverlauf reduziert und die Kontinuität von Versorgungsprozessen erhöht werden. Stärker noch als in der ärztlichen Behandlung wird dies im Bereich der pflegerischen Versorgung erkennbar.

### ***3.3 Koordination und Kooperation im Bereich der pflegerischen Versorgung***

Vor dem Hintergrund der seit Mitte der 70er Jahre anhaltenden Diskussion über die Fehlbelegung von Krankenhausbetten durch Pflegefälle und im Hinblick auf die Einführung von Fallpauschalen haben eine Reihe von Krankenhäusern in den letzten Jahren Initiativen zu einer verbesserten Koordinierung der stationären und ambulanten pflegerischen Versorgung ihrer Patienten ergriffen. Bereits vor dem GSG gab es Ansätze für eine verbesserte Überleitung von der Krankenhausbehandlung in die häusliche Pflege, die unter der Deckelung um weitere Modelle ergänzt wurden (Eiff u.a. 1995; Schaeffer/Moers 1994a). Die eigentliche Schubkraft ging aber von dem 1994 in Kraft getretenen Pflege-Versicherungsgesetz und der Aussicht auf die Einführung von Fallpauschalen aus. Als Reaktion auf das Pflege-Versicherungsgesetz und entsprechende Aufforderungen des BMA (Vollmer 1993) wurden Konzepte entwickelt, die alle Formen der pflegerischen Versorgung durch Krankenhäuser umfassen, von der vollstationären und teilstationären Pflege über die Kurzzeitpflege bis zur ambulanten Pflege (DKG 1994b; Geiser/Kontermann 1996; Mohr 1994; Simon 1994).

Über die Umsetzung von Konzepten einer verbesserten Koordination der pflegerischen Versorgung liegen bereits eine Reihe von Erfahrungsberichten vor. So wird durch ein Entlassungsmanagement, das bereits bei der Aufnahme einsetzt, versucht, die pflegerische Anschlußversorgung bereits im Vorfeld der Entlassung zu organisieren und dadurch eine frühzeitigere Entlassung ermöglichen (Eiff u.a. 1995). Eine zunehmende Zahl von Krankenhäusern geht dazu über, mit ambulanten Pflegeeinrichtungen zu kooperieren oder eigene ambulante Pflegedienste einzurichten, die Krankenhauspatienten nach einer stationären Behandlung oder ambulanten Operation versorgen (Beinert 1994; Brühl u.a. 1993; Das Krankenhaus 6/1996: 315 f.). Eine interessante Sonderform der Kooperation praktiziert der Landesbetrieb Krankenhäuser in Hamburg, der gemeinsam mit zwei privaten Pflegediensten zehn Pflegestützpunkte betreibt, um einen reibungslosen Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege zu gewährleisten (Das Krankenhaus 9/1996: 487 f.). Pflegepersonal der Krankenhäuser

erhält im Rahmen des Modellprojektes die Möglichkeit, ohne Arbeitgeberwechsel in die ambulante Pflege und wieder zurück in das Krankenhaus zu wechseln. Für die Patientenversorgung ergibt sich aus dieser Konstruktion der Vorteil, daß die beteiligten Pflegekräfte beide Institutionen kennen, in ihnen agieren können und Versorgungsprobleme im Zusammenhang mit Übergängen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung antizipieren und im Vorfeld angehen können.

Eine weitere neue Versorgungsform im Krankenhausbereich, die vollstationäre Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen, wird eingesetzt, um die Zeit zwischen dem Abschluß der stationären ärztlichen Behandlung bis zur Entlassung in die häusliche Pflege oder Verlegung in eine Rehaklinik oder ein Pflegeheim zu überbrücken (Jost/Offer 1995; Jung 1996; Pötzl 1995). Aus Sicht des Patienten kann durch Kurzzeitpflege insbesondere die Belastung durch eine externe Verlegung oder sogar eine Heimunterbringung vermieden werden, wenn Kurzzeitpflege zugleich mit rehabilitativen Maßnahmen verbunden wird.

Auch wenn die angesprochenen Modelle zunächst und primär der Beschäftigungssicherung und damit einem ökonomischen Ziel dienen sollen, enthalten sie doch innovative Potentiale für die Patientenversorgung. In traditionellen Versorgungsmodellen endet die Zuständigkeit und zumeist auch das Interesse am Patienten an den formalen Grenzen der jeweiligen Organisation (Schaeffer/Moers 1994b). Den Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen müssen die Patienten selbst oder ihre Angehörigen organisieren. In den vorgestellten neueren Modellen übernimmt dagegen eine Institution oder eine Berufsgruppe die Organisation von Übergängen zwischen Versorgungsbereichen als ihre Aufgabe, entlastet dadurch Patienten und Angehörige und kann aufgrund ihrer professionellen Kompetenzen und der angesammelten Alltagserfahrungen in verschiedenen Institutionen der Patientenversorgung den Wechsel im Sinne des Patienten optimaler gestalten. Dies gilt sowohl für die ärztliche als auch für die pflegerische Versorgung.

### III. Schlußbetrachtung

Das Krankenhauswesen der Bundesrepublik Deutschland befindet sich Mitte der 90er Jahre am Beginn eines Umbruchprozesses, der in seiner Bedeutung deutlich über die bisherigen Veränderungen im Krankenhausbereich der letzten zwei Jahrzehnte hinausgeht. Wohin dieser Prozeß letztlich führen wird, ist nicht prognostizierbar. Ein Innehalten oder eine Umkehr zurück zu den Verhältnissen der 80er Jahre scheint aber nicht nur höchst unwahrscheinlich, sie kann als politische Forderung auch kaum überzeugen, da eine Umkehr auch die Konservierung von Strukturen einschließen würde, die reformbedürftig sind. Gemeint sind hier nicht die immer wieder postulierten sogenannten 'Unwirtschaftlichkeiten' in Krankenhäusern, sondern vielmehr hierarchische Strukturen, mangelnde berufsgruppenübergreifende Kooperation, rational nicht begründbare Versorgungsrituale, entmündigende Behandlung von Patienten, unterentwickelte Qualitätssicherung etc. In diesem Sinne kann die Alternative nicht lauten: „weiter so“ oder „zurück zu den guten alten Zeiten“, es muß vielmehr darum gehen, die erkennbaren Risiken auszuschalten oder zumindest zu minimieren und die sich bietenden Chancen zu nutzen. Auf jeden Fall aber bedürfen die Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung dringend einer umfassenden Überprüfung und deutlichen Korrektur, da es ansonsten schwer werden dürfte, die sich abzeichnenden Risiken zu beherrschen.

#### *Risiken der aktuellen Entwicklung*

Insbesondere die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten aber auch der Aufbau eines umfassenden EDV-gestützten betrieblichen Rechnungswesens und die innerbetriebliche Leistungsverrechnung bergen in sich das Risiko einer verstärkten *Bürokratisierung* des Krankenhauses. Diese äußert sich zunächst darin, daß ein wachsender Teil der Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften auf administrative Tätigkeiten verwendet werden muß. Aktuelle Entwicklungen deuten zudem darauf hin, daß eine wachsende Zahl von Rückfragen, Beanstandungen und Rechnungskürzungen durch Krankenkassen weitere Arbeitszeit von Ärzten durch zusätzlichen Schriftverkehr und zusätzliche Dokumentationspflichten bindet. Da es für diese Tätigkeiten keine zusätzlichen Planstellen gibt, reduziert eine Ausweitung der administrativen Arbeitsinhalte letztlich die für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehende Zeit.

Durch interne Budgetierung, die Bildung von Profit-Centern und die Ausgliederung einzelner Krankenhausabteilungen werden zentrifugale Kräfte im Krankenhaus gestärkt. Dadurch wächst das Risiko einer *Desintegration des Krankenhausbetriebes*, die wiederum zur Desintegration von patientenbezogenen Versorgungsprozessen führen kann, wenn einzelne Akteure und Subunternehmen im Krankenhaus aus ökonomischen Zwängen heraus ihren je eigenen wirtschaftlichen Vorteil anstreben. Die Schaffung eines krankenhausesinternen Marktes und Umstellung der Kommunikation zwischen den Abteilungen auf das entsprachlichte Kommunikationsmedium Geld dürfte kaum geeignet sein, die für eine optimale Gestaltung der Krankenversorgung erforderliche Kooperation zwischen den einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses zufriedenstellend zu gewährleisten.

Wie die Analyse der Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis zeigt, hat offenbar ein Teil der Krankenhäuser auf die Budgetdeckelung mit der Strategie der *Risikoselektion* reagiert. Es muß aufgrund dieser Erfahrungen davon ausgegangen werden, daß nach der Umstellung auf die Kostenausgliederung 1998 ähnliche Entwicklungen vermehrt im Bereich der Fallpauschalenpatienten auftreten werden. Wenn von den externen Verlegungen in erster Linie multimorbide und schwerverletzte Patienten betroffen waren und es als gesichert gelten kann, daß die Verteilung von Krankheitswahrscheinlichkeiten und Unfallrisiken sozial ungleich verteilt ist (Mielck 1994), dann ist es plausibel, anzunehmen, daß insbesondere Angehörige unterer sozialer Schichten von der Verschiebung von Behandlungen oder Verlegungen in andere Krankenhäuser betroffen waren bzw. zukünftig betroffen sein werden. Um Wahlleistungspatienten, also Angehörige höherer sozialer Schichten, dürfte dagegen ein 'positiver' Wettbewerb feststellbar sein. Prospektive Finanzierung, ob als Budgetierung oder Fallpauschale, entfaltet somit einen Anreiz zu *sozial ungleicher Verteilung von Versorgungschancen*.

Das bedeutendste Risiko dürfte aber eine *Ökonomisierung der medizinisch-pflegerischen Ethik* sein. Patientenbezogene Entscheidungen werden infolge von Budgetdeckelung, neuem Entgeltsystem, interner Budgetierung, abteilungsbezogenem Controlling etc. zunehmend mit der Forderung konfrontiert, nicht zu einer Überschreitung des Budgets zu führen und mit dem wirtschaftlichen Erfolg der Abteilung vereinbar zu sein. Die Einbindung von Ärzten in die wirtschaftliche Verantwortung birgt in sich jedoch das Risiko, daß diagnostische und therapeutische Entscheidungen von ökonomischen Orientierungen überlagert werden. Diese Überlagerung kann sich beispielsweise darin äußern, daß besonders kostenaufwendige Patienten in ein anderes Krankenhaus abgeschoben werden, oder eine Behandlung leicht modifiziert wird, um sie mit einem bestimmten Entgelt abrechnen zu können.

#### *Chancen der aktuellen Entwicklung*

Zwar standen in der vorliegenden Untersuchung die Probleme und Risiken im Mittelpunkt, an es wurde aber auch auf positive Aspekte und Chancen hingewiesen. Besonders hervorzuheben sind hier neuere Konzepte und Entwicklungen, die auf eine bessere Koordinierung verschiedener Leistungserbringer und Institutionen zielen und unter den Leitbegriffen der »integrierten Versorgung« und Umwandlung des Krankenhauses in ein »Gesundheitszentrum« zusammengefaßt werden können. Darüber hinaus lassen sich weitere Gestaltungschancen erkennen.

Aus der Entwicklung von Behandlungsleitpfaden und Definition von Leistungsstandards infolge des Aufbaus einer patientenbezogenen Kosten- und Leistungsrechnung ergibt sich die Chance, zu einem *höheren Grad an Rationalität in Medizin und Pflege* zu gelangen. Zum einen geben Behandlungsleitpfade Anlaß zur Überprüfung der Notwendigkeit von Leistungen, zum anderen können sie insbesondere jüngeren Ärzten eine sinnvolle Handlungsorientierung bieten. Auch im pflegerischen Bereich kann die Überprüfung von Leistungsstandards dazu genutzt werden, rational nicht begründbare Versorgungsrituale, wie beispielsweise das morgendliche Fiebermessen bei allen Patienten oder die routinemäßige tägliche Blutdruckmessung, aufzugeben und entsprechende Maßnahmen auf notwendige Fälle zu beschränken.

Durch die Destabilisierung der bisherigen Organisationsstrukturen bietet sich die Chance einer *Reform der Aufbauorganisation* von Krankenhäusern. Wenn sich die Auffassung durchsetzen sollte, daß Krankenhäuser zukünftig nur dann als Organisation überlebensfähig sein werden, wenn es ihnen gelingt, die berufsgruppenspezifische Versäulung und starre Hierarchisierung - insbesondere im ärztlichen Dienst - zu überwinden, könnte dies beispielsweise zur Herausbildung interdisziplinärer Versorgungsteams, Abflachung von Hierarchien und verstärkter Partizipation der Beschäftigten genutzt werden.

Schließlich enthält auch die in den letzten Jahren verstärkt diskutierte Konzeption, das Krankenhaus in ein »Dienstleistungszentrum« umzuwandeln und den Patienten als »Kunden« zu begreifen, ein starkes innovatives Element. Noch immer haftet vielen Krankenhäusern die mittelalterliche Tradition der „Anstalt“ an, in die aussätzig und kranke Arme gebracht wurden, nicht zuletzt auch, um die Gesellschaft vor ihnen zu schützen (See 1973: 96 ff.). Wer in ein Krankenhaus eingewiesen wird, hat sich auch heute noch einer - wenngleich zumeist nur noch informellen - „Anstaltsordnung“ zu unterwerfen, deren Mißachtung mit subtilen Strafen sanktioniert wird (Rohde 1974). Er hat auch heute noch unter Umständen einigen Widerstand - wenn auch nicht mehr physischen - zu überwinden, will er das Krankenhaus vorübergehend oder „auf eigenen Wunsch“ und „entgegen ärztlichem Rat“ vorzeitig verlassen. Die derzeitige Entwicklung könnte dazu beitragen, die symbolischen - und teilweise auch heute noch realen - Mauern um die „Krankenanstalten“ ein weiteres Stück einzureißen, ihre Grenzen sowohl für die Kranken als auch für die Gesunden zu öffnen. Durch die wechselseitige Durchdringung von Krankenhaus und Umwelt wird die Entmystifizierung der Institution Krankenhaus vorangetrieben und die Absonderung und Isolation von Kranken ein weiteres Stück zurückgenommen. Zur Grenzauflösung tragen sowohl externe Dienstleistungsangebote bei, wie ambulante Pflege, ambulante Rehabilitation, Essen auf Rädern, Öffnung der Kantine für umliegende Betriebe, externer Wäscheservice, Reparaturdienste etc., als auch die Eröffnung von Arztpraxen, Einzelhandelsgeschäften, Durchführung von Kulturveranstaltungen etc. in den Räumen des Krankenhauses.

Werden diese Chancen ergriffen, könnte der aktuelle Umbruch, ähnlich wie der Ende der 60er Jahre einsetzende Modernisierungsschub in den Krankenhäusern, dem Prozeß der Säkularisierung des Krankenhauses einen deutlichen Schub geben. Ohne Korrekturen im Finanzierungsrecht besteht allerdings die Gefahr, daß die in dem eingeleiteten Wandel angelegten innovativen Potentiale durch die Rationierung von Krankenhausleistungen, sozial ungleiche Verteilung von Versorgungschancen und selektiven Wettbewerb um 'gute Risiken' überlagert werden.

## Literatur

- Arnold, Michael/Armann, Walburga (1992): Die Verweildauer im Krankenhaus. Ein Kriterium für die Effizienz der stationären Versorgung?, in: Krankenhaus Umschau, 63. Jg., Heft 11, S. 801-808.
- Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.) 1993: Krankenhaus-Report '93. Schwerpunkt: Fallpauschale, Stuttgart/Jena.
- Arnold, Michael/Paffrath, Dieter 1994: Krankenhaus-Report '94. Schwerpunkt: Krankenhaus im Umbruch, Stuttgart/Jena.
- Arnold, Michael/Paffrath, Dieter 1995: Krankenhaus-Report '95. Schwerpunkt: Neue Versorgungsstrukturen, Stuttgart/Jena.
- Arnold, Michael/Paffrath, Dieter 1996: Krankenhaus-Report '96. Schwerpunkt: Managed Care, Stuttgart/Jena.
- Asmuth, Margaret/Blum, Karl (1996): Ambulantes Operieren im Krankenhaus (Teil I-III): Erfahrungen und Handlungsempfehlungen für die Krankenhauspraxis, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 8, S. 403-408, Heft 9, S. 453-458, Heft 10, S. 509-514.
- Asmuth, Margaret/Müller, Udo (1995): Entwicklung des ambulanten Operierens im Krankenhaus 1993/94. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung, in: Das Krankenhaus, 87. Jg., Heft 8, S. 377-383.
- Baugut, Gunnar/Schmitz, Ralf-Michael, (1993): Methodik zur Kalkulation hausindividueller Fallkosten für den Vergleich mit standardisierten Fallkosten, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 4, S. 170-174.
- Baum, Georg (1994): Das neue Pflegesatzrecht - der eingeschlagene Weg ist unumkehrbar, in: Das Krankenhaus 86. Jg., Heft 8, S. 340-344.
- Beinert, Joachim (1994): Häusliche Krankenpflege. Eine Aufgabe auch für Krankenhäuser?, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 11. Jg., Heft 6, S. 476-483.
- Beratergruppe beim BMA (1983): Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Bonn.
- Berg, Heinz (1986): Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984, Sankt Augustin.
- Braun, Günter E./Egner, Dirk/Schmutte, Andre M. (1997): Unternehmensberatungen bieten unterschiedliche Leistungen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus 14, Heft 1, S. 41-43.
- Breitmeier, Ingo (1995): Einführung in das Pflegesatzrecht, Düsseldorf.
- Breitmeier, Ingo u.a. (1995): Düsseldorfer Kommentar zur Bundespflegesatzverordnung 1995, Düsseldorf.
- Bruckenberger, Ernst (1993): Neuregelung des Entgeltssystems im Krankenhaus. Tiefenströme - Modeströme - Mahlströme, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 11, S. 509-515.
- Bruckenberger, Ernst (1994a): Auswirkungen des GSG auf die stationäre Versorgung älterer und chronisch Kranker, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 3, S. 115-121.

- Bruckenberger, Ernst (1994b): Auswirkungen der BPfIV 1995 auf die Krankenhauspolitik der Länder, in: Das Krankenhaus 86. Jg., Heft 4, S. 154-160.
- Bruckenberger, Ernst (1994c): „Investiver Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“?, in: Krankenhaus Umschau 63. Jg., Heft 5, S. 315-327.
- Bruckenberger, Ernst (1996): Miteinander präventiv pragmatische Lösungen suchen. Strukturgespräche 1995 zur stationären Krankenhausversorgung in Niedersachsen, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 2, S. 88-97.
- Bruckenberger, Ernst/Klein, Heike (1997): Kooperative Verzahnung statt stagnierendem „Töpfchendenken“. Die Optimierung der stationären Versorgung herzoperierter Patienten in Niedersachsen, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 2, S. 83-90.
- Brühl, Albert/Feser, Herbert/Petersmann, Ludger/Schellhoff, Thomas/Schiffllers, Heinz-Peter (1993): Servicezentren. Häusliche Pflege in Krankenhäusern - ein innovatives Konzept, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 10. Jg., Heft 5, S. 406-410.
- Bundesärztekammer/Deutsche Krankenhausgesellschaft/Marburger Bund/Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands/Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (1993): Gemeinsame Stellungnahme zum derzeitigen Stand der Formulierung und der Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten vom 8.1.1993, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 12, S. 535-538.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (1993): Ermittlung der Budgets und der Pflegesätze in den Jahren 1993-1995. Berechnungsschema aufgrund des ab dem 1. Januar 1993 geltenden Rechts, in: Das Krankenhaus 85, Heft 3, Redaktionsbeilage (Anlage 1).
- Bundesministerium für Gesundheit (1994): Bundespflegesatzverordnung '95. Erläuterungen, Stand: August 1994, Bonn.
- Dahlgaard, Knut/Bussche, Hendrik van den (1995): Kollegiale Abteilungsleitung, in: Das Krankenhaus, 87. Jg., Heft 1, S. 34-38, Heft 2, S. 89-91.
- Dänzer, Alfred (1997): Informationstechnologie im Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, 89. Jg., Heft 2, S. 81-86.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992): Deckelung der Krankenhausbudgets führt zu Leistungseinschränkungen und zur Minderung der Versorgungsqualität. DKG-Statement bei der Sondersitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992 in Bonn, in: Das Krankenhaus 86. Jg., Heft 7, S. 319-325.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993a): Hinweise der DKG zu den Budget- und Pflege-satzverhandlungen 1993 sowie zur Umsetzung des Gesundheits-Strukturgesetzes, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 3, Redaktionsbeilage.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993b): Sonderentgelte und Fallpauschalen gefährden bürgernahe Krankenversorgung. Stellungnahme der DKG zur Grundkonzeption des neuen Entgeltsystems“ des BMG, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 4, S. 155-158.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993c): Krankenhaus-Controlling bei gedeckeltem Budget. Leistungsplanung, Kostenplanung, Erlösplanung. Vorläufige Hinweise der DKG zur Budgetüberwachung während der Budgetdeckelungsphase 1993 bis 1995, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 4, S. 159-162.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993d): Grundsatzpositionen und Hinweise der DKG zur Internen Budgetierung, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 8, Redaktionsbeilage.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1994a): DKG-Statement zur Konzertierte Aktion: Trotz Sparmaßnahmen reicht in vielen Krankenhäusern das Budget nicht aus, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 1, S. 8-10.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (1994b): Die Stellung des Krankenhauses in der künftigen gesundheitlichen Versorgung. DKG-Positionspapier zur aktuellen Reformdiskussion um Gesundheitswesen (Gesundheitsreform 2000), Düsseldorf.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft/Spitzenverbände der GKV (1996): Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung, in: Das Krankenhaus 3/1997: 139-141.
- Dibelius, Alexander/Pfahler, Volker/Röder, Ulrich/Wettke, Jürgen (1991): Diskussionsansätze zur Optimierung des Krankenhauswesens. Erfahrungen mit der internationalen Health-Care-Praxis von McKinsey, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 8. Jg. Heft 6, S. 400-404.
- Düllings, Josef (1994): Auswirkungen des GSG im Krankenhausbereich. Ergebnisse der DKG-Herbstumfrage 1993, in: Das Krankenhaus 86. Jg., Heft 3, S. 110-114.
- Düllings, Josef (1995): DKG-Umfrage zur Leistungsentwicklung im Krankenhaus 1993-1996: Fallzahlanstieg, Zunahme der neuen Behandlungsformen, personelle Verzahnung ohne Perspektiven, in: Das Krankenhaus 87. Jg., Heft 11, S. 523-527.
- Eichhorn, Siegfried (1993): Zur Problematik fallpauschalierter Krankenhausesentgelte, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 10. Jg., Heft 2, S. 117-132.
- Eichhorn, Siegfried (1994): Referentenentwurf zur BpflV 1995: Krankenhausökonomische Bewertung, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 11. Jg., Heft 2, S. 94-99.
- Eichhorn, Siegfried (1995): Fallpauschalen: Kehrtwende in der Ordnungspolitik für das Krankenhaus. Preise und finanzielle Anreize zur Steuerung des Leistungsangebotes, in: Krankenhaus Umschau, 64. Jg., KU-Special Nr. 3, Beilage zu Heft 6/1995, S. 18-25.
- Eiff, Wilfried von/Förster, Helmut/Nottenkämper, Barbara/Pennekamp, Karola (1995): Die Sozialvisite im regionalen Gesundheitsnetzwerk. Ganzheitliche Patientenversorgung qualitätsgerecht und wirtschaftlich realisiert, in: Krankenhaus Umschau, 64. Jg., Heft 5, S. 468-472.
- Enders, Peter (1996): Flexibles Tabellensystem für die Kostenträgerrechnung, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 4, S. 254-260.
- Enders, Peter (1997): Auch bei Medizinern muß das Kostenbewußtsein geweckt werden. Stand und Entwicklungstrends des Krankenhaus-Controllings, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 4, S. 268-271.

- Expertengruppe zur Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts (1992): Expertise im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit vom 25.6.1992, in: Krankenhaus Umschau, 61. Jg., Heft 8, Redaktionsbeilage.
- Fack, Werner (1990): Erfolgsbeteiligung im Krankenhaus - Ansätze, Möglichkeiten und Grenzen, in: Das Krankenhaus, 82. Jg., Heft 1, S. 25-28.
- Fack-Asmuth, Werner (1995): Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Stand des Verfahrens und aktueller Handlungsbedarf für die Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 87. Jg., Heft 10, S. 470-480.
- Fack-Asmuth, Werner (1996): Überleben in rauher See - Aktive Strategien für die Krankenhäuser. Die Leistung muß konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 6, S. 385-394.
- Fack, Werner G./Fehler, Joachim (1991): Zur Situation des Nachwuchses an kaufmännischen Führungskräften im deutschen Gesundheits- und Krankenhauswesen, in: Das Krankenhaus, 83. Jg., Heft 4, S. 174-184.
- Fiedler, Eckart (1992): Weitere Struktureingriffe erforderlich. Die Maßnahmen des Gesundheitsreformgesetzes reichen nicht aus, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 1/1992, S. 60-62.
- Geiser, Matthias/Kontermann, Rainer (1996): Chancen und Risiken des Pflege-Versicherungsgesetzes für das Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 7, S. 347-355.
- Gerdemann, Werner (1994): Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12, S. 47-52.
- Giehl, Hermann/Oberender, Peter (Hrsg.) (1996): Reformen im Krankenhaus. Notwendigkeit, Möglichkeiten und Grenzen, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 17, Bayreuth.
- GKV (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung) (1994a): Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundespflegesatzverordnung 1995 vom 4.2.1994.
- GKV (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen) (1994b): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn; Essen; Bergisch-Gladbach; Bochum; Hamburg; Kasse; Siegburg.
- Globig, Karl F. (1996): Das Gegenstück zum Wettbewerb: Warum sich nicht zusammentun? Kooperation im Krankenhaus - Beispiele, Chancen und Hemmnisse, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 3, S. 164-173.
- Graf, Volker (1996): Ein Klinikum im Reformprozeß. Erfahrungen mit TQM am Klinikum Ludwigshafen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 6, S. 536-542.
- Güntert, Bernhard/Horisberger, Bruno (1991): Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 8. Jg., Heft 3, S. 179-183.
- Haas, Peter/Kuhn, Klaus (1997): Informationsverarbeitung im Krankenhaus. Strategische Relevanz der Informationstechnologie, in: Das Krankenhaus, 89. Jg. Heft 2, S. 65-73.
- Haeske, Heidemarie/Fack-Asmuth, Werner/Beck, Thomas/Fischer, Burkhard (1996): Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ab 1997, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., KU-Special Nr. 8, Beilage zu Heft 11, S. 22-28.

- Hahn, Holger (1996): Ärzte müssen ökonomische Verantwortung im Krankenhaus übernehmen, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 5, S. 332-336.
- Hansen, Uwe/Nehmert, Ulrich (1997): Die Krankenhäuser sollen zu „Punktlandungen“ gezwungen werden. Ausgleichsbeträge 1997 nach der BPfIV in der Fassung des 2. Neuordnungsgesetzes (2. NOG), in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 3, S. 157-161.
- Hecht, Lutz/Schlippschuh, Till (1997): Eigen-Catering als Chance, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jg., Heft 2, S. 130-132.
- Helmig, Bernd (1994): Outsourcing. Ein Mittel zur Ausschöpfung von Kostensenkungspotential im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 11. Jg., Heft 5, S. 380-386.
- Herbold, Wilhelm/Horstmann, Patrick/Kissenkötter, Herbert (1990): Zur Höhe nichtärztlicher Wattleistungen. Erörterung von Streitfragen, in: Das Krankenhaus, 82. Jg., Heft 11, S. 492-495.
- Hildebrand, Rolf (1995a): Total Quality Management, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 12. Jg., Heft 1, S. 31-43.
- Hildebrand, Rolf (1995b): „Outsourcing“ - ja, aber..., in: Das Krankenhaus, 87. Jg., Heft 4, Redaktionsbeilage.
- Hoffmann, Hermann (1996): Die Stellung des leitenden Arztes im deutschen Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 10, S. 502-508.
- Imdahl, Horst (1993): Wattleistungen im Krankenhaus, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.), Krankenhausreport '93, Stuttgart/Jena, S. 111-123.
- Imdahl, Horst (1994): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhäuser, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.), Krankenhausreport '94, Stuttgart/Jena, S. 85-95.
- Jeschke, Horst A./Hailer, Bettina, (1995): Outsourcing im Klinikbereich. Fremdvergabe krankenhausspezifischer Leistungen, Kulmbach.
- Jost, Susanne/Offer, Hans (1995): Kurzzeitpflege im Krankenhaus. Betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation als Grundlage zur Schaffung einer Kurzzeitpflegestation nach dem Pflege-VG, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 12. Jg., Heft 6, S. 562-567.
- Jung, Jürgen (1996): Eröffnung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Stadtklinik Baden-Baden, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 7, S. 356 f.
- Kaiserauer, Hans-Alexander/Neumann, Martin R./Taube, Walter W. (1996): Kosten- und Leistungsrechnung: Konzepte für Struktur und Organisation, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 1, S. 30-38.
- Klask, Jörg/Reiners, Ulrich/Schmelzer, Andreas (1996): Fallkostenanalyse als Einzelkosten-Stückrechnung, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 10, S. 494-498.
- Knorr, Karl-Ernst/Wernick, Jens (1992): Rechtsformen der Krankenhäuser, Düsseldorf.
- Kolb, Thomas (1997): Kooperation bei der Erbringung von Fallpauschalenleistungen, in: Das Krankenhaus, 89. Jg., Heft 5, S. 254-257.

- Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 20., hrsg. von der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen.
- Kruse, Reiner (1996): Notfallpraxis im Marienhospital Stuttgart, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 6, S. 309-310.
- Kühn, Hagen (1988): Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 13, S. 30-46.
- Kühn, Hagen (1992): Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den „rentablen Patienten“?, in: Krankenhaus Umschau, 61. Jg., Heft 1, S. 25-28.
- Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 24, S. 145-160.
- Künzel, Uwe/Wollert, Michael (1996): Zuweiser-Marketing zur Zukunftssicherung. Gezielte Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten sorgt für eine ausreichende Auslastung, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 2, S. 112-117.
- Kurscheid-Reich, Doris (1996): Solingen: Leitender Arzt mit akademischer Assistenz, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 8, S. 595-596.
- Litsch, Martin/Preuß, Wolfgang (1996): Struktur und Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus, in: Dieter Paffrath/Michael Arnold (Hrsg.), Krankenhausreport '96, Stuttgart, S. 255-276.
- Lohfert, Christoph/Sanden, Uwe (1996): Standard Operating Procedures (StOP). Ein Instrument, das medizinische Handlungsmuster ändert, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 6, S. 512-518.
- Looß, Rüdiger (1997): Kooperation und Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Notfallpraxis im Marienhospital Stuttgart, in: Das Krankenhaus, 89. Jg., Heft 4, S. 183-189.
- Lorenz, René (1996): Städtisches Krankenhaus Solingen kooperiert mit Röntgenpraxis, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 10, S. 541-542.
- Luithlen, Eberhard/Tuschen Karl-Heinz (1989): Weiterentwicklung des Entgeltsystems der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 81. Jg., Heft 4, S. 151-156.
- Lunkenheimer, Arno (1994): Rund um die Chefarztverträge, in: Krankenhaus Umschau 63. Jg., Heft 7, S. 563-565.
- Lupp, Rolf (1996): Klinikum Uckermark: Kooperation mit drei ehemaligen Klinikärzten, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 5, S. 247-248.
- Marquardt, Heike/Schäfer, Irmgard (1997): Unvollständige und unübersichtliche Angebote erschweren den Überblick. Einsatz und Auswahlkriterien von DV-Lösungen für die Intensivstation, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 4, S. 244-251.
- Mielck, Andreas (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen.

- Mohr, Friedrich W. (1994): Strategische Planung von Pflegeeinrichtungen an Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 8, S. 362-367.
- Mohr, Friedrich W. (1995a): Neues aus dem Reformhaus, in: Krankenhaus Umschau, 64. Jg., Heft 11, S. 881-884.
- Mohr, Friedrich W. (1995b): Zurück in die Zukunft: Notbremse II, in: Krankenhaus Umschau, 64. Jg., Heft 12, S. 976-979.
- Mohr, Friedrich W./Kröger, Joachim/Globig, Karl F. (1995): Praktiker-Handbuch zur BPflV 95 und LKA, Kulmbach.
- Monka, Michael (1994a): Budgetverhandlungsergebnisse der Krankenhäuser 1993, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter: Krankenhausreport '94, Stuttgart/Jena, S. 209-219.
- Monka, Michael (1994b): Budgets der Krankenhäuser 1993. Eine Analyse der Ergebnisse, in: Die Ortskrankenkasse, 76 Jg., Heft 9, S. 289-292.
- Monka, Michael (1995): Budgetverhandlungsergebnisse der Krankenhäuser 1994, in: Arnold/Paffrath, Dieter: Krankenhausreport '95. Stuttgart/Jena, S. 257-269.
- Montgomery, Frank Ulrich (1997): Fehlerhafte Fehlbelegungsstudien..., in: Marburger Bund/Ärztliche Nachrichten, Nr. 4/97, S. 3.
- Mühlbauer, Bernd H. (1990): Transparenz zwischen Ökonomisierung und Informatisierung des Krankenhauses, in: WSI-Mitteilungen, Heft 2, S. 88-97.
- Mühlbauer, Bernd H./ Reinhardt, J./ Süllwold, G. (1993): Qualitätszirkel als Methode zur selbstbestimmten Arbeitsgestaltung, in: Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter/Schott, Thomas (Hrsg.), System Krankenhaus, Weinheim/München, S. 337-357.
- Mühlbauer, Bernd H./Strack, Dietmar (1997): Qualitätszirkel als Teil der Krankenhausnormalität. Erfahrungen aus 14 unterschiedlichen Projektkrankenhäusern, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jg. Heft 2, S. 103-109.
- Müller, Alexander (1993): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhausversorgung in Hessen, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 11, S. 502-507.
- Müller, Rainer/Behrens, Johann (1989): Krankenhausarbeit als Gegenstand von Medizinsoziologie, in: Deppe, Hans Ulrich/ Friedrich, Hannes/Müller, Rainer (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik, oder humane Versorgung, Frankfurt/New York, S. 82-98.
- Neubauer, Günther (1991): Leistungsgerechte Vergütung für Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 83. Jg., Heft 8, S. 396-399.
- Neubauer, Günther/Unterhuber, Hans (1987): Ökonomische Beurteilung der Preisfindung im DRG-Konzept, in: Das Krankenhaus, 79. Jg., Heft 3, S. 113-118; Heft 4, S. 155-159.
- Neumann, Ulrich (1996): Das neue Entgeltsystem in der Praxis, in: Dieter Paffrath/Michael Arnold (Hrsg.), Krankenhausreport '96, Stuttgart, S. 81-97.
- Neumann, Ulrich (1997): 10 Jahre Krankenhausbudgets. Erfahrungen aus dem Ruhrbezirk (Westfalen-Lippe), in: Die Ortskrankenkasse, 81. Jg., Heft 6-7, S. 219-225.
- Nullmeier, Frank (1992): Der Zugriff des Bundes auf die Haushalte der Gemeinden und Parafiski, in: Hartwich, Hans-Hermann/Wever, Göttrik (Hrsg.), Regieren in der Bundesrepublik IV. Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsverfahren des Regierens im Bundesstaat - unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses, Opladen, S. 147-180.

- Obst, Dietrich (1994): Bewertung des neuen Pflegesatzrechts aus hessischer Sicht, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 8, S. 352-353.
- Oldiges, Franz-Josef (1993): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhäuser aus der Sicht der Krankenkassen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 10. Jg., Heft 3, S. 254-263.
- Oldiges, Franz Josef (1995): Krankenhäuser: Eckpunkte der Reform, in: Die Ortskrankenkasse, 77. Jg., Heft 10, S. 322-325.
- Oswald, Helmut/Hafner, Klaus/Fleck, Eckart (1996): Breite Basis für Kooperation. Die elektronische Patientenakte als Grundlage für ein optimiertes Gesundheitswesen, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 1, S. 11-17.
- Paffrath, Dieter/Reiners, Hartmut (1987): 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz, in: Die Ortskrankenkasse, 69. Jg., Heft 13, S. 369-372.
- Pfaff, Martin/Wassener, Dietmar (1995): Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheitsstruktur-Gesetzes 1993. Finanzierung, Leistungsgeschehen, Vernetzung, Baden-Baden.
- Pfaffenberger, Peter (1996): Analyse des Leistungsgeschehens durch „Risiko-Gruppen“, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 1, S. 20-25.
- Pföhler, Wolfgang (1996): Die Stellung des Arztes im zukünftigen Gesundheitszentrum, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 7, S. 329-332.
- Pieske, Reinhard (1996): Effizienzsteigerung in den Servicebereichen - viele Krankenhäuser stehen hier noch am Anfang, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 2, S. 77-82.
- Pötzl, Ulrich (1995): Kurzzeitpflege im Akut-Krankenhaus, in: Die Schwester/Der Pfleger, 34. Jg., Heft 10, S. 914-921
- Projektgemeinschaft Ernst & Whinney/GaWmbH Herdecke (1986): Vorstudie zu diagnosebezogenen Fallpauschalen. Dokumentation, Analyse und Bewertung ausländischer Vorerfahrungen. Forschungsbericht Nr. 143 des BMA, Bonn.
- Pröbldorf, Klaus (1989): Investitionsförderung der Krankenhäuser. Anspruch und Wirklichkeit, in: Das Krankenhaus, 81. Jg., Heft 12, S. 615-620.
- Quaas, Michael (1992): Die kommunale Krankenhaus-GmbH, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 2, S. 59.
- Ralfs, Dirk (1993): Leistungserfassung als Basis der Kostenträgerrechnung. Die Station als Mittelpunkt des Informationssystems, in: Krankenhaus Umschau, 85. Jg., Heft 12, S. 1086-1091.
- Rathje, Eckerhardt (1997): Kooperation: Notwendige Verzahnung und Konzentration im Gesundheitswesen, in: Das Krankenhaus, 89. Jg., Heft 4, S. 178-183.
- Regler, Konrad (1994): Auswirkungen des GSG und Handlungsbedarf der Krankenhausträger, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., Heft 1, S. 1-6.
- Reher, Rolf (1993): Erdbeben im Krankenhaus? Das Gesundheitsstrukturgesetz und seine Kurskorrekturen, in: Die Ortskrankenkasse, 77. Jg., Heft 9, S. 300-307.
- Riegl, Gerhard F. (1992): Warum heißt das Krankenhaus eigentlich nicht Gesundheitshaus? Neue Facetten der Aufenthalts-Qualität in der Klinik, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9. Jg., Heft 1, S. 29-34.
- Riegl, Gerhard F. (1995): Marketing-Strategien für das Krankenhaus als Gesundheitszentrum, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 12. Jg., Heft 1, S. 57-64.

- Ries, Roland (1992): Budgetdeckelung führt zu massiven Defiziten, Leistungseinschränkung und Qualitätsminderung, Statement des DKG-Präsidenten Prälat Roland Ries auf der DKG-Pressekonferenz am 3. Juni 1992, in: Das Krankenhaus, 84. Jg., Heft 6, S. 271-275.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses, 2. überarb. Auflage, Stuttgart.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1987): Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989, Baden-Baden.
- Schaeffer, Doris/Moers, Martin (1994a): Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Jg., Heft 1, S. 7-25.
- Schaeffer, Doris/Moers, Martin (1994b): Präventive Potentiale kurativer Institutionen. Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege, in: Rosenbrock, Rolf/Kühn, Hagen/Köhler, Barbara Maria (Hrsg.), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin, S. 385-407.
- Scheinert, Hanns Dierk/Riegel, Theo, (1996): Zertifizierung schafft Transparenz, wie sie bisher nicht vorstellbar war, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., KU-Special Nr. 8, Beilage zu Heft 11, S. 12-15.
- Schirmer, Herbert (1997): Krankenhaus-Controlling im Spannungsfeld von Ethik und Geld, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 4, S. 266-267.
- Schlaudt, H.-P. (1997): Pathway Management System zur Verknüpfung ambulanter und stationärer Bereiche, in: Krankenhaus Umschau, 66. Jg., Heft 3, S. 162-165.
- Schlichtermann, Jörg (1996): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 3, S. 252-259.
- Schmelzer, Andreas/Klask, Jörg, (1996): Ist der „Patiententourismus“ bei teuren Behandlungen vermeidbar?, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 6, S. 274-287.
- Schmid, Wolfgang (1996): Heilig-Geist-Krankenhaus Köln: Praxen und Klinik per EDV vernetzt, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 2, S. 80.
- Schmidt, Karl-Josef (1996): Zertifizierte Qualität. Die Einführung eines Qualitäts-Management-Systems nach der ISO 9001, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 1, S. 3-7.
- Schmidt, Karl-Josef (1997): Leistungskalkulation zu Grenzkosten, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jg., Heft 1, S. 13-16.
- Schröder, Manfred (1993): Auswirkungen des GSG auf das Informationsmanagement und die Krankenhausinformatik, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 10, S. 460-470.
- See, Hans (1973): Die Gesellschaft und ihre Kranken oder: Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus?, Hamburg.

- Seelos, Hans-Jürgen (1993): Der „Seehofer-Effekt“ in der Krankenhausinformatik, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 5, S. 206-208.
- Seiche, Jutta (1996): DV-Unterstützung für effizientes Klinikmanagement, in: Das Krankenhaus, 88. Jg., Heft 11, S. 597-599.
- Seipel, Peter (1996): Der Weg in die Marktwirtschaft ist richtig. Kongreß in Leipzig soll Handlungsstrategien des Pflegemanagements erörtern. Interview mit dem dritten Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegekräfte, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 10, S. 718-719.
- Siebig, Josef (1993): Führen die Verhandlungen über das gedeckelte Budget in die Pleite? Erste Erfahrungen aus Baden-Württemberg. Gekürzte Fassung eines Vortrages, gehalten am 2. September 1993 anlässlich der Biersdorfer Krankenhausgespräche, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 10. Jg., S. 412-414.
- Simon, Michael (1994): Pflege-Versicherungsgesetz: Krankenhäuser brauchen eigene Umsetzungskonzepte, in: Krankenhaus Umschau, 63. Jg., Heft 7, S. 524-532.
- 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, 4. Jg., Heft 1, S. 20-40.
- Stern, Klaus (1996): Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten, Münster/New York.
- Stolz, Günter (1997): Neue Rahmenbedingungen für Krankenhäuser. Betriebswirtschaftliche und gesundheitspolitische Folgen der wettbewerbsorientierten Umwälzung des Gesundheitswesens, Düsseldorf.
- Tischmann, Peter (1996): Sonderentgelte und Fallpauschalen: Perfektion des Abrechnungsbürokratismus, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 11, S. 806-812.
- Tischmann, Peter (1997): Krankenhausbehandlung '97 - so zahlen die Kostenträger, Herne.
- Tscheulin, K./Helmig, B. (1995): Wahlleistungen. Tests für ihre Bedeutung im Krankenhaus, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 12. Jg., Heft 1, S. 81-84.
- Tuschen, Karl Heinz/Bechtholdt, Anneli, (1993): Budgetfortschreibung 1993 bis 1995. Berechnungsschema, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 10. Jg., Heft 2, S. 86-92.
- Tuschen, Karl-Heinz/Quaas, Michael (1995): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2., neubearbeitete Auflage, Stuttgart.
- Uleer, Christoph (1989): Die Bedeutung der Wahlleistungen für die Finanzierung der Krankenhäuser, in: Arzt und Krankenhaus, 10. Jg., S. 309 ff.
- Vollmer, Rudolf J. (1993): Gesetzliche Pflegeversicherung - Eine Herausforderung für Deutschlands Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 85. Jg., Heft 6, S. 265-280.
- Wagner, Baldur (1995): BPflV 1995: Ein neues Zeitalter der Krankenhausfinanzierung, in: Das Krankenhaus, 87. Jg., S. 211-215.
- Weismann, Thomas (1996): Kostenexpansion im Krankenhausbereich: ein buchhalterisches Mißverständnis?, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 5, S. 427-431.

- Zacher, Hans (1984): Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise, in: Sozialer Fortschritt, 33. Jg., Heft 1, S. 1-12.
- Ziegler, Markus/Hirner, A. (1994): Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.), Krankenhausreport '94, Stuttgart/Jena, S. 97-106.