

Krankenhaus im Wandel

Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens

Von Hagen Kühn und Sebastian Klinko

Die Streiks der Krankenhausärzte in diesem Sommer waren ein Novum für Deutschland. Mitglieder einer immer noch als privilegiert angesehenen Berufsgruppe sind wochenlang auf die Straße gegangen, um für einen eigenen Tarifvertrag, geregelte Arbeitszeiten und eine angemessene Entlohnung zu protestieren. Der Ausstand der Ärzte ist bezeichnend für eine grundlegende Wende im deutschen Krankenhaussystem. Seit 1995 vollzieht sich eine Reform der Krankenhausfinanzierung, die mit gedeckelten Budgets und der Einführung von Fallpauschalen für Patienten eine gewinnwirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser herbeiführen soll.

Die schrittweise Umstellung der Krankenhausfinanzierung kann als das folgenreichste einzelne Reformelement in der Gesundheitspolitik der letzten drei Jahrzehnte gelten. Im Gegensatz zur früheren „retrospektiven“ Finanzierungsform, die rückblickend die Kosten feststellte (Kostendeckungsprinzip), wurde in deutschen Krankenhäusern – wie in zahlreichen anderen Industrieländern – ein prospektives Finanzierungswesen eingeführt (Prinzip der Preisgleichheit). Damit soll das Leistungsgeschehen transparenter und vergleichbar werden, sollen vermutete Überkapazitäten abgebaut, die Liegedauer gesenkt und Kosten reduziert werden. Denn den Krankenhäusern wird damit die Möglichkeit genommen, durch Expansion einzelner diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder lange Liegezeiten Gewinne zu erzielen.

Die Finanzierung durch ein pauschaliertes Vergütungssystem (DRG, s. Kasten unten) ist nicht nur sehr technisch und selbst vielen Krankenhausbeschäftigten kaum verständlich, es führt auch dazu, dass ein Teil des finanziellen Krankheitsrisikos von der Finanzierungsseite (Staat, soziale und private Versicherungen) auf die Krankenhäuser abgewälzt wird. Fallpauschalen und Budgets sind zugleich Ausdruck einer Machtverschiebung zwischen der Finanzierungsseite und den Leistungsanbietern, die in den meisten westlichen Industrieländern zu beob-

Diagnosis Related Groups (DRG)

Nach dem Fallpauschalengesetz von 2002 befinden sich deutsche Krankenhäuser gegenwärtig in einer bis 2009 geplanten Implementierungsphase, in der ein DRG-System die Finanzierung regelt (DRG = Diagnosis Related Groups). Dieses identifiziert die Patienten entsprechend ihrer Diagnose und der vorgenommenen Behandlung in Fallgruppen, außerdem nach Alter und Geschlecht. Auf diese Weise werden Gruppen möglichst kostenhomogener Patienten gebildet, für deren Behandlung am Ende ein einheitlicher Preis bezahlt werden soll („gleicher Preis für gleiche Leistung“). In der gegenwärtigen Implementierungsphase des DRG-Systems zeichnet sich ein zügiger Ausbau von Kontroll- und Steuerungsinstrumenten nach dem Vorbild der privaten Kapitalunternehmen ab.

Die patientenbezogenen Arbeitsprozesse unterliegen einer Standardisierungstendenz (zum Beispiel Leitlinien, clinical pathways), die auch mittelbar vom DRG-System verstärkt wird. Vor allem auf der technischen Grundlage moderner Informationstechnologie geht damit eine informationelle Durchdringung des Versorgungsgeschehens in zwei Richtungen einher: Erstens werden medizinische Daten produziert und aufbereitet, und zweitens werden Anstrengungen unternommen, die wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen. Diese Entwicklungen sind in einzelnen Häusern unterschiedlich weit fortgeschritten und insgesamt noch lange nicht abgeschlossen. Perspektivisch entsteht durch Verknüpfung der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Daten die informationelle Grundlage zur kapitalwirtschaftlichen Steuerung der medizinischen und pflegerischen Arbeit zur Verfolgung von Unternehmenszielen. Nur wenn die betrieblichen Kosten im Durchschnitt unter den Preis einer DRG gedrückt werden kann, sind für betriebswirtschaftlich orientierte Krankenhäuser Gewinne und damit das wirtschaftliche Überleben möglich.

achten ist. Soweit die Kostenträger (Krankenkassen) den Anbietern (Krankenhäusern) das ökonomische Behandlungsrisiko überlassen, sind diese gezwungen, sich betriebswirtschaftlich rational zu organisieren. In dem Maße, in dem die Krankenhäuser unter dem Druck der prospektiven Finanzierung das Leistungsgeschehen standardisieren und kalkulierbar machen, können manche von ihnen interessant werden für private Kapitalanlagen. Im Zuge verstärkten Wettbewerbs handeln aber auch solche Krankenhäuser nach privatwirtschaftlichen Maximen, die gar keine Kapitalunternehmen sind. Das verstärkt die Tendenz zur Ökonomisierung des Versorgungsgeschehens.

Das kann langfristig dazu führen, medizinische und pflegerische Entscheidungen, Therapien und Empfehlungen in erster Linie einem ökonomischen Kalkül zu unterwerfen. Wenn jede Ein- oder Überweisung, diagnostische oder therapeutische Anordnung oder Entlassung monetär bewertet wird und über Erfolg und wirtschaftliche Existenz entscheidet, muss notwendigerweise quantifiziert und standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden. Das wirkt sich unmittelbar auf die Qualität der Beziehung zwischen Versorgungsinstitution und Patient aus. Ärzte und Pflegekräfte werden damit Interessenkonflikten zwischen dem einzelwirtschaftlichen Rentabilitätskalkül und dem Versorgungsbedarf der Kranken auf der anderen Seite ausgesetzt.

Daraus können ernsthafte Versorgungsrisiken entstehen. Denn statt in oft mühsamen und aufwendigen Restrukturierungen die Effizienz zu erhöhen, kann der Druck mit einer Vielzahl – teils subtiler – Mechanismen an individuelle Patienten und an die Versorgungsregionen weitergegeben werden. Für die Patienten bedeutet das möglicherweise eine verstärkte Unter- und Fehlversorgung bei tendenziell rückläufiger Überversorgung, eingeschränkten Angeboten und Personalabbau, welcher zu Arbeitsverdichtung für das verbleibende Personal führt. Neben dem Risiko der schlechteren Betreuung in Krankenhäusern droht Patienten auch die Risikoselektion durch die Leistungsanbieter. Zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen diesem Risiko entgegenwirken.

Berufsethische Wertbezüge können relativiert werden

Welche Art der Effizienz aber erwarten die Patienten? Antwort darauf gibt die sozialwissenschaftliche Untersuchung des Einflusses von DRG-Systemen auf den Arbeitsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Das WZB und das Zentrum für Sozialpolitik Bremen (ZeS) beobachten im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Verbundprojekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) im zeitlichen Längsschnitt die Entwicklung von pflegerischer und medizinischer Dienstleistungsarbeit sowie die Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern, und zwar während des gesamten mehrjährigen Zeitraums der Umstellung auf die Finanzierung nach dem DRG-System. Das Projekt verwendet dabei einen Mehrmethodenansatz: Die Beschreibung und Analyse der Arbeitsprozesse und der Versorgungsqualität geschieht auf Basis standardisierter Befragungen von Ärzten, Pflegenden und Patienten, von Fallstudien ausgewählter Krankenhäuser sowie der Analyse von Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse und der Krankenhausstatistik. Die Erhebungen erfolgen wiederholt im Einführungsprozess der DRG (Konvergenzphase) und liefern damit die Grundlage zur Beurteilung der Veränderungen von Arbeitsprozessen und der Versorgungsqualität.

Befragungen im Rahmen des Forschungsprojekts zeigen, dass Patienten eine Effizienz erwarten, die das ethisch definierte, politisch gesetzte oder vertraglich vereinbarte Versorgungsziel nicht zur Disposition stellt. Ist dagegen das primäre Ziel die Einhaltung eines Budgets oder einer Pauschale, können die von Patienten betonten qualitativen berufsethischen Wertbezüge relativiert und einer wirtschaftlichen Effizienz im formal rationalen Sinne von Rechenhaftigkeit unterworfen werden. Bemühungen, diese möglichen Interessenkonflikte systematisch zu identifizieren, als potenzielle Quelle von Versorgungsrisiken zu erkennen und präventiv auszuschalten, sind in den deutschen Krankenhäusern bislang noch nicht erkennbar.

Betriebswirtschaftliche Handlungslogik konkurriert grundsätzlich mit der Handlungslogik asymmetrischer Sorgebeziehungen, wie sie zwischen den Patienten



Hagen Kühn [Foto: WZB]

Hagen Kühn, geboren 1943, ist Soziologe und leitet die Forschungsgruppe „Public Health“ am WZB. Er studierte Volkswirtschaftslehre und Soziologie an der FU Berlin, Universität Hamburg und Philipps-Universität Marburg. 1978 Promotion in Politischer Ökonomie, 1994 Habilitation. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Soziologie und die Ökonomie der Gesundheit und der Gesundheitssysteme, Sozialpolitik, Prävention und Gesundheitsförderung, internationaler Vergleich und die Soziologie der Ethik im Gesundheitswesen.

kuehn@wz-berlin.de



Sebastian Klinke [Foto: WZB]

Sebastian Klinke, geboren 1967, ist Politologe und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe „Public Health“ am WZB. Er studierte Politikwissenschaften an der Universität Bremen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Wohlfahrtsstaatstheorie, Politikfeldanalyse, Sozialpolitik, Gesundheitspolitik mit dem Schwerpunkt stationärer Sektor sowie ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen.

sklinke@wz-berlin.de

und den Anbietern von medizinischer Versorgung, den Krankenhäusern und ihrem medizinischen Personal, besteht. Anlass der Sorgebeziehung ist das Kranksein. Das bringt in vielen Fällen eine immense Unfreiheit und Hilfsbedürftigkeit mit sich. Die Unterstellung, in der Arzt-Patient-Beziehung könnten sich zwei freie Vertragspartner gegenüberstehen, entspricht nur als Ausnahme der Realität. Ein Kunde ist ein potenzieller Käufer: Er hat die Wahl, kann abwägen, kann gehen, wenn es ihm nicht passt, und er kann warten. Wie schon der Begriff „Patient“ zeigt, ist ein Kranker dagegen leidend, braucht Hilfe, hat oft keine Wahl, kann oft nicht abwägen und auch nicht warten. Die Patienten stehen nicht jenseits der Produktion, sondern sind Bestandteil des Produktions- bzw. Dienstleistungsprozesses selbst. Patienten sind zugleich „Arbeitsgegenstand“ und Mitproduzenten, also Objekte und Subjekte der medizinisch-pflegerischen Produktionsprozesse. Im Unterschied zum Käufer einer materiellen Ware sind sie daher unmittelbar von jeder Veränderung dieser Prozesse betroffen.

Das Management gewinnt an Einfluss

Nicht nur auf der Makroebene zwischen Finanzierungs- und Versorgungsseite lässt sich die veränderte politisch-ökonomische Kräftekonstellation zwischen Finanzierungs- und Versorgungsseite feststellen, auch auf der Mikroebene der Krankenhäuser zeichnet sich ein Machtgewinn der Geschäftsführungen bzw. des Managements gegenüber den Ärzten ab. Dessen Kehrseite besteht in einem teilweise tatsächlichen und teilweise empfundenen oder antizipierten Statusverlust der Krankenhausärzte sowie einer geringeren Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit. Die Ärztestreiks, die in diesem Umfang neu sind, dürften hier eine ihrer Hauptursachen haben.

Auf Seiten des Pflegepersonals äußert sich diese Machtverschiebung nicht in Statusverlust, sondern überwiegend in größerer sozialer Unsicherheit. Während die Zahl der Krankenhausärzte (auf Vollarbeitskräfte umgerechnet) von 102.000 im Jahr 1995 auf 117.000 im Jahr 2004 anstieg, ist die Beschäftigung von Pflegekräften von 351.000 auf 309.000 Personen zurückgegangen. Das dürfte vor allem daher rühren, dass sich der auf die Institution Krankenhaus ausgeübte finanzielle Knappheitsdruck in den Binnenbeziehungen weniger nach Versorgungskriterien als nach Maßgabe der berufsgruppen- und abteilungsspezifischen Gegenwehropotenziale verteilt. Die in diesem Zeitraum verkürzte Liegedauer erklärt den Rückgang nicht. Denn es entfallen gerade die wenig pflege- und behandlungsintensiven Tage, so dass die gleichzeitige Zunahme der zu versorgenden Patienten zu einer spürbaren Arbeitsintensivierung geführt hat.

Das gilt für Ärzte und Pflegende gleichermaßen, hat aber zu unterschiedlichen Konsequenzen geführt. Welchen Weg die Berufsgruppe des Pflegepersonals nehmen wird, zeichnet sich noch nicht klar ab. Einzelne Aspekte weisen auf eine potenzielle Stärkung hin, wie Professionalisierung, die mögliche Substitution ärztlicher Teilarbeiten durch gut qualifizierte Pflegekräfte, wie sie in verschiedenen Ländern bereits üblich ist. Die neuere amerikanische Entwicklung zeigt allerdings, dass es auch unter den Bedingungen prospektiver Finanzierung einen Punkt gibt, an dem die Verweildauer nicht weiter rückläufig ist. Die Tendenz zur Machtverschiebung hat noch eine weitere Dimension: Tendenziell erhalten diejenigen Berufsgruppen, Fachgebiete, Spezialisierungen, Abteilungen, Individuen und Patientengruppen ein größeres Gewicht, die den größten Beitrag zur wirtschaftlichen Existenz des Krankenhauses leisten.

Dem eigenen Anspruch nach sind die Krankenhäuser überwiegend „patientenorientiert“: Erhöhte Aufmerksamkeit der Organisation für die Interessen und Bedürfnisse der kranken Individuen sollen im Vordergrund stehen. Das schließt auch enger und stärker medizinisch formulierte Vorstellungen von Patientenorientierung und Versorgungsqualität ein: Die Patienten sollen die Leistungen erhalten, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass vom Patienten erwünschte, auf seine Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen der Profession (evidence based medicine). Während Patientenorientierung in diesem Sinne die individuellen Kranken ins Zentrum stellt, liegt es in der Logik großer organisatorischer und bürokratischer Gebilde, Bedürfnisse nach differenzierendem und sensiblem Handeln zu überge-

hen. Sicher sind seit Beginn des Forschungsprojekts im Jahr 2004 die Organisationen effizienter geworden; ob sie sich damit aber zur Patientenorientierung hin- oder von ihr abwenden, kann gegenwärtig noch nicht gesagt werden.

Die Einführung neuer finanzieller Lenkungsinstrumente an den Krankenhäusern bewirkt nicht allein spezifische Ausgestaltungen wie Homogenität der Patientengruppen, Klassifikationskriterien oder Kostenkalkulation, sondern vielmehr einen grundlegenden Wandel der Krankenhauskultur: Veränderungen im generellen Grundverständnis von Medizin und Pflege, von medizinischer Praxis, von Krankheitsursachen, von der Verantwortlichkeit für Krankheit und Heilung und nicht zuletzt das Grundverständnis, welche Rolle das Geld in der Versorgung spielen sollte. In dieser Kultur erhalten formale Ziele, an Geldgrößen orientierte Werte und Motive, tendenziell ein größeres Gewicht im Vergleich zu Werten und Motiven, die sich an inhaltlichen Versorgungszielen und ethischen Erwartungen orientieren.

In ausführlichen Interviews schildern Ärzte und Pflegekräfte, wie sie ihre Arbeit in den letzten Jahren als zunehmend verdichtet und intensiv erfahren. Als relevantesten einzelnen Belastungsfaktor geben sie Zeitdruck an. Sie erklären das mit Faktoren wie Verweildauerverkürzung, steigenden Fallzahlen, Ineffizienzen durch machtdeterminierte Organisationsformen, Verknappung des Pflegepersonals, zusätzlichem Zeitaufwand durch Kodierung und anderen administrativen und dokumentierenden Tätigkeiten. Überlange Arbeitszeiten, die in den meisten Häusern nicht oder nur teilweise erfasst und bezahlt werden, sind nicht neu. Erst mit dieser Verdichtung und den damit einhergehenden physischen Belastungen stellt sich das Problem mit einer Dringlichkeit, die mit zu den Streiks dieses Jahres beigetragen hat.

Vor allem im ärztlichen Bereich wird nicht nur über das zunehmende Gewicht des Managements geklagt, sondern über wachsende Anteile administrativer, dokumentierender und legitimierender (gegenüber den Kassen) Anteile an ihrer Tätigkeit. Es ist leicht nachvollziehbar, dass ohne zusätzliche personelle Ressourcen die patientenbezogenen Arbeitszeitanteile entsprechend abnehmen.

Der Effekt gesundheitspolitischer Reformen hängt in hohem Maße davon ab, wie zuverlässig Entwicklungschancen und nicht intendierte Versorgungsrisiken empirisch identifiziert und angemessene Lösungen entwickelt werden können. Offen ist nicht nur, inwieweit die positiven Reformziele und die damit einhergehenden Gestaltungschancen realisiert werden können, sondern auch, ob und in welchem Umfang nicht intendierte unerwünschte Effekte auftreten und wie ihnen begegnet werden kann.

Weiterführende Literatur:

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Datenauswertung § 21 KHEntgG zur Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG; Datenjahr 2004 (Stand: 14. 03. 2006), Siegburg

Hagen Kühn, Sebastian Klinke, Roland Kaiser, „Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen“, in: Hessisches Ärzteblatt, Heft 11, 2005, S. 742–744

Hagen Kühn, Der Ehtikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung, 33 S. (WZB-Bestellnummer SP I 2006-303)

Werner Vogd, Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, Bern: Verlag Hans Huber 2006, 293 S.

WAMP-Projekt: www.wamp-drg.de

Summary

Health Care

This article investigates the implications of introducing prospective payment schemes (DRGs = Diagnosis Related Groups) into the German statutory health care system. Moving from a macro-level investigation (aims of federal legislation) to a micro-level investigation of implementation (hospital patients and physicians), the authors show to what extent changes in hospital funding have invoked shifts in attitude and behaviour on the part of service providers in the inpatient sector of health care services.
