

Regionale Systemorganisation

Helmut Hildebrandt, Marcus Auel, Alf Trojan* über falsche Anreize und Qualität¹

Erreichter Gesundheitsgewinn beim Patienten und Praxisgewinn der Ärzte korrelieren in Deutschland nicht unbedingt miteinander. Volkswirtschaftlich rationale Allokation der Ressourcen ist im Gesundheitswesen kaum möglich. Dies sei, so die These der Autoren, in einem nach Sektoren aufgegliederten System der mehrheitlichen Einzelleistungsvergütung auch nicht verwunderlich. Sie plädieren deshalb für einen Wettbewerb zwischen »Systemen« integrierter Leistungserbringer, die die gesamte humanmedizinische Flächenversorgung lokal begrenzter Regionen in ihre wirtschaftliche und Organisationsverantwortung übernehmen.

1. Die bisherigen Vergütungsstrukturen führen in die Irre

Vergütungssysteme, die einzelne Leistungen vergüten, laufen immer Gefahr, wirtschaftliche Anreize zu setzen, Leistungen auch ohne absolute medizinische Notwendigkeit zu erbringen. Viele Versuche sind unternommen worden, den wirtschaftlichen Anreizen zur Leistungsmengenausweitung zu begegnen. Der Versuch, mithilfe degressiver Vergütungen oberhalb einer bestimmten Menge von Leistungen diese Anreize zu vermindern, hat nur wenig geholfen. Zum einen legt er bei den einen die Ausreizung der nicht degressiv bepreisten Leistungsmenge nahe, zum anderen forciert er die quasi industrielle Produktion, die auch mit einer degressiv bepreisten Leistungsvergütung immer noch Skalenvorteile erwirtschaften kann.

Der Versuch, mit Budgetierungen von Leistungsmengen der Situation Herr zu werden, hat über eine gewisse Zeit durchaus für die Kostenträgerseite Erfolge gebracht, hat aber deren Verhältnis zur Ärzteschaft und den anderen Leistungserbringern zunehmend beschädigt und hat zu einem ökonomisch völlig verständlichen aber ethisch problematischen Ausweichverhalten in Richtung der sog. IGeL-Leistungen geführt (und bei vielen Patienten das Vertrauensverhältnis zu diesen Ärzten stark beschädigt). Viele niedergelassenen Ärzte hat die Budgetierung zusätzlich zur weiteren Leistungsmengensteigerung angereizt; eine Diskussion, die in der Vergangenheit unter dem Stichwort »Hamsterrad« bekannt geworden ist. Nicht zuletzt durch Praxisschließungen und öffentliche Darstellung der Durchschnittsvergütungen pro Quartal (die berühmten 35 Euro und ihr Vergleich mit den Stundensätzen von Handwerkern) ist dieses System überdies in den letzten Jahren zunehmend erfolgreich skandalisiert worden.

Der neue Versuch mit Pauschalen im Sinne der Regelungen einiger Hausarztverträge generiert wiederum neue Probleme. So kann der eine oder andere Arzt sich ökonomisch versucht fühlen, die Patienten für diese Vertragsformen danach zu selektieren, ob sich bei diesen die Pauschale »lohnt« oder ob bei diesen Patienten die herkömmliche Vergütung aus dem KV-System sich wirtschaftlich mehr lohnt. Andere können sich bemüßigt fühlen, sinnvolle Untersuchungsleistungen gar nicht mehr zu erbringen (da ja vordergründig »nicht finanziert«).

Es ist eine Crux – und dabei wird die Komplexität in dieser kurzen Beschreibung noch lange nicht vollständig erfasst.

Die Vergütung im deutschen Gesundheitswesen folgt darüber hinaus der sektoralen Trennung der Leistungsbereiche, was sich auch in Folge der letzten Reformen in der Regelversorgung nicht wesentlich geändert hat. Mit dieser sektoralen Vergütung sind weitere Probleme verbunden. So ist es in diesem System bei Einzelleistungsvergütung wirtschaftlich sinnvoll, so viele Leistungen wie möglich selbst zu erbringen, auch wenn andere Leistungserbringer u.U. besser qualifiziert sind bzw. zu niedrigeren Kos-

ten für die Kostenträger diese Leistungen erbringen können. In einem budgetierten sektoralen System ist der Anreiz wiederum umgekehrt, hier wird es interessant Leistungen in den anderen Sektor zu verlagern, auch wenn dieser mit deutlich höheren Kosten produziert.

Eine immer feinere und detailliertere Aufgliederung von Anreizen und Gegenanreizen, wie sie die Politik und die Verbände in den letzten Jahren versucht haben, hat darüber

Wünschenswert: Eine Vergütung, die denjenigen Arzt in der Vergütung besser stellt, der es bei einem Chroniker schafft, die Prävention von Folgeerkrankungen optimal zu organisieren und dies nicht nur bei »leichter zu führenden« Patienten sondern erst recht bei denjenigen, meist sozial schwächer gestellten, bei denen dies besonders schwer nur gelingt.

hinaus ebenfalls ihre Grenzen gezeigt. Das System ist für die meisten nicht-institutionellen Leistungserbringer und die Öffentlichkeit zunehmend unverständlich geworden und wird daher immer mehr vollständig abgelehnt. Institutionelle Leistungserbringer, neu in den Medizinischen Versorgungszentren und Großpraxen auch im ambulanten Bereich, haben diesbezüglich günstigere Voraussetzungen, zumindest haben sie eher die Möglichkeit, strategische Entscheidungen über Leistungsportfolios zu treffen. Eine industriell organisierte Medizin mit primär einzelwirtschaftlicher Nutzenoptimierung wird dadurch angereizt.

Seit Jahren wird von Gesundheitsökonomien u.a. aus dem Sachverständigenrat zu Recht beklagt, dass die im Gesundheitswesen gezahlten Vergütungen zu wenig den Erfolg und den damit erreichten Gesundheitsgewinn honorieren. Aber in einem nach Sektoren aufgegliederten System der mehrheitlichen Einzelleistungsvergütung ist eine erfolgsabhängige Vergütung auch kaum zu organisieren. Die zentralen Anreize für Ertragssteigerungen der Leistungserbringer sind dort notwendigerweise die Erhöhung der Anzahl der Leistungen und des Preises pro Leistung. Krankenkassen und Leistungserbringer stehen sich damit folglich als Kontrahenten gegenüber. Eine volkswirtschaftlich rationale Allokation kann so im Grunde kaum gelingen und die Versuche, mittels aufwändiger Prüfroutinen über die Medizinischen Dienste der Krankenkassen oder externe Dienstleister quasi polizeilich gegen Auswüchse vorzuge-



hen, führt nur zu der Aussonderung der Auswüchse aber nicht zu einer generell anderen Anreizlage.

Es stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten der Umgestaltung der Vergütungsstrukturen bestehen, die bei den Leistungserbringern Anreize setzen, stärker auf den medizinischen und ökonomischen Erfolg im Sinne des mittel- und längerfristigen Outcomes für den Patienten bzw. das versorgte Patientenkollektiv zu fokussieren. Im ambulanten Bereich wäre dies zum Beispiel eine Vergütung, die denjenigen Arzt in der Vergütung besser stellt, der es bei einem Chroniker schafft, die Prävention von Folgeerkrankungen optimal zu organisieren und dies nicht nur bei »leichter zu führenden« Patienten sondern erst recht bei denjenigen, meist sozial schwächer gestellten, bei denen dies besonders schwer nur gelingt. Im stationären Bereich wäre dies beispielsweise eine Belohnung des Leistungserbringers bzgl. der mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Kompetenzstärkung des Patienten, mit seiner Erkrankung bestmöglich umzugehen, oder der therapeutischen Verbesserung, z.B. aus-

gedrückt in der Mobilisation des Patienten nach einem chirurgischen Eingriff und seiner Wiedereingliederung in das normale (Berufs-) Leben nach Abschluss der Behandlung.

2. It takes systems – to pursue health gains and outcome quality²

In vielen Fällen der Integrierten Versorgung der ersten Generation ging es (leider) bei vielen Verträgen vorwiegend darum, Mitnahmeeffekte zu realisieren und die Anschubfinanzierung als eine zusätzliche Einnahmequelle anzuzapfen. Die Anschubfinanzierung ist zum 1. Januar 2009 weggefallen, so dass jetzt nur noch solche Projekte der Integrierten Versorgung zustande kommen werden, die sich aus sich selbst heraus tragen können. Für Integrierte Versorgungsprojekte der zweiten Generation werden medizinische Qualität und ökonomische Effizienz daher von noch größerer Bedeutung sein als dies bisher der Fall gewesen ist. Als Frage drängt sich auf: Wie können diese beiden Zieldimensionen bei den verschiedenen Beteiligten miteinander in Übereinstimmung gebracht werden?

Ökonomen bemühen in der Regel den Markt als Koordinierungsinstanz, auf dem langfristig nur jene Anbieter bestehen, die Produkte zu einem Preis und einer Qualität anbieten, die der Konsument wünscht. Freilich versagt der Markt bei Informationsasymmetrie.

Staatliche Interventionen in die Gesundheitsversorgung werden deshalb auch weltweit eingesetzt, rein marktwirtschaftliche Lösungen finden sich nur in Teilbereichen. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber beschlossen, Qualität und Kosten(-effizienz) als Wettbewerbsparameter zu nutzen. In einem zweiten Schritt stellt sich deshalb die Frage nach der Art und Weise des Wettbewerbs, nach dem Designen der Wettbewerbsordnung.

Wir plädieren auf der Anbieterseite für einen Wettbewerb zwischen »Systemen« integrierter Leistungserbringer, die die gesamte humanmedizinische (und später auch zahnmedizinische) Flächenversorgung lokal begrenzter Regionen (z.B. nach Postleitzahlbereichen differenziert) in ihre wirtschaftliche und Organisati-

onsverantwortung übernehmen ohne damit die Arzt- und Krankenhauswahlfreiheit der Versicherten der Partnerkrankenkassen einzuschränken. Die Vergütung dieser »Systeme« erfolgt anhand einer Messung des wirtschaftlichen Erfolgs und damit in Relation zu der Höhe der erzielten Einsparungen gegenüber einem Referenzwert, der die »normale« Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben einer an der »Systemversorgung« teilnehmenden vergleichbaren Population ermittelt. Hierzu kann auf den RSA bzw. den stetig weiter zu entwickelnden Morbi-RSA zurückgegriffen werden.

Um die maximale Effizienz zu produzieren, sind folgende Bedingungen für das Marktde- sign zu erfüllen:

1. Um die gemeinsame Ergebnisverantwortung der unterschiedlichen Sektoren »unter einen Hut zu bekommen« ist zumindest die virtuelle Abkehr (später denkbar auch die formelle Abkehr) von vormalig getrennten Budgets notwendig, weil eine systemoptimale Allokation durch eine sektorale Budgetierung verunmöglicht wird. Solange die Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht folgt, wird kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen des jeweils anderen Sektors zu übernehmen. Bei einem gemeinsamen Budget für alle Sektoren hingegen, und dieses Budget kann auch durch eine virtuelle Nachrechnung im jeweiligen Folgejahr kalkuliert werden, wird der optimale Gesundheitszustand der Versicherten zur ökonomischen Zielgröße. Der vermehrte Einsatz von Prävention, der optimale und frühzeitige Einsatz niederschwelliger Versorgungsangebote bei Substitution aufwändigerer Höchstleistungsversorgung und die bessere Koordinierung sektorübergreifender Versorgungsprozesse gewinnt dann höchste Priorität. Rabatt- und Preissenkungsstrategien im Einkauf von Leistungen haben damit durchaus auch eine Bedeutung.

2. Ein solch integriertes Versorgungssystem übernimmt sinnvollerweise die Verantwortung für die komplette Leistungspalette, so dass ein Behandlungsfall über alle Prozessstufen hinweg begleitet werden kann und nicht an vormaligen Sektorengrenzen unterbrochen werden muss. Hierin verbirgt sich die durch hinreichende Evidenz abgesicherte Annahme, dass ein klügeres Management von Versorgungsprozessen über die Zeit zu einer verminderten Ausgabenlast auf Seiten der Kostenträger führt, z.B. durch vermiedene Herzinfarkte, Schlaganfälle und ihre Folgen (z.B. nach Bewegungstraining, Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung und rationaler Medikation) oder vermiedene Oberschenkelhalsbrüche (z.B. durch Osteoporoseprophylaxe, Bewegungstraining und



**Viel Geld, wenig wert:
Geldscheine aus Inflationszeiten
im 20. Jahrhundert**

Sturzprävention). Zu diesem Zweck ist es in einem solchen einzelvertraglichen Vollversorgungssystem notwendig, eine zentrale Steuerungseinheit einzurichten, die neben medizinischen Parametern wie z.B. der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch betriebswirtschaftliche Kennziffern wie Gesamtkosten über Zeit etc. berücksichtigt und daher in der Lage ist, Fehlentwicklungen rechtzeitig zu identifizieren und entsprechend gegenzusteuern. Die medizinische Feinsteuerung kommt in einem solchen Netz den Primärärzten zu, die die ihnen zugeordnete Lotsenfunktion (z.B. Einschreibungen,

4. Die Messung des wirtschaftlichen Erfolgs und damit die Höhe der erzielten Einsparungen erfolgt anhand eines Referenzwertes, der die »normale« Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben einer an der »Systemversorgung« teilnehmenden vergleichbaren Population ermittelt. Bei dieser Berechnung müssen systemendogene Faktoren (z.B. altersbedingte Kosteneffekte, Zu- oder Abwanderung, Grippeepidemien, neue Therapiemethoden sowie zufallsbedingte Häufungen von Hochkosten) berücksichtigt werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Wie bereits angedeutet, lassen sich vermutlich die größten Einsparungen erzielen, wenn sich das integrierte Versorgungssystem nicht auf einzelne Indikationen beschränkt, sondern möglichst alle Bereiche der Gesundheitsversorgung miteinbezieht.

5. Teil des Designs ist notwendigerweise die intensive Kooperation zwischen Systemgesellschaft und den vertraglich als Partner verbundenen Kostenträgern insbes. in der Frage der gemeinsamen Dokumentation und damit der Frage der Datenhaltung. Nur ein System, das die Kosten- und Leistungsdaten seiner Population kennt und stetig analysieren kann und anhand der Fortschritte auch die eigenen Schritte beurteilen kann, ist in der Lage, eine derartige Systemverantwortung zu übernehmen.

6. Weiterhin zwingend im Sinne einer Systemrationalität ist die Übernahme der Versorgungsverantwortung für alle Versicherten der betreffenden Krankenkasse in einer definierten Region, unabhängig davon ob diese Versicherten sich in das Modell einschreiben oder nicht. Gerade die amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care-Lösungen zeigen, dass ansonsten Risikoselektionsstrategien begünstigt werden. Wenn in einem neuen Wettbewerbsumfeld aber tatsächlich produzierte Versorgungseffizienz angereizt werden soll, dann müssen alle evtl. Möglichkeiten von Erträgen aus Risikoselektion ausgeschlossen werden (vgl. die genaue Diskussion der US-amerikanischen Erfahrungen und die Abgrenzung dazu in dem Modell Kinzigtal bei Hermann et al, 2006).

7. Um die komplexen Strukturen, die den Erfolg letztlich maßgeblich beeinflussen, in einem solchen Netzwerk aufzubauen, sind erhebliche Investitionen notwendig – im wesentlichen für die Einrichtung der zentralen Managementeinheit, die Investitionen in

Prävention und die Entwicklung und Vergütung der zusätzlichen Versorgungsmanagement-Leistungen. Im besten Fall teilen sich Ärzteschaft und Initiatoren solcher Systeme mit den Krankenkassen das Investment.

8. Eine kluge Strategie und ein erfahrenes Management vorausgesetzt kann eine solche Investmentteilung für die Krankenkassen bereits im ersten laufenden Jahr so erfolgreich sein, dass der Invest möglich ist und dennoch die Kasse durch die bereits parallel erfolgenden Einsparungen keinen Liquiditätsverlust erfährt. Eine Option hierfür ist das sog. Einsparcontracting mit Teilung der errungenen Deckungsbeitragsdifferenz, d.h. eine Interessenkonkordanz zwischen Krankenkassen und lokaler Managementgesellschaft. Auf diese Weise partizipieren Krankenkasse wie deren Systempartner bei einer adäquaten Teilung der errungenen Deckungsbeitragsdifferenz an den erzielten Optimierungen und Einsparungen und haben einen Anreiz, sich dem Ziel einer optimierten Versorgung zu verpflichten, denn das vollintegrierte System hat den ökonomischen Anreiz, genau diejenigen Leistungen und genau so viele Leistungen zu erbringen, wie langfristig für eine effiziente Versorgung notwendig sind.

Ob und inwieweit solcherlei gestaltete Vollversorgungsverträge erfolgreich in Richtung Gesundheitsnutzen arbeiten und die heutigen Besonderheiten unseres Gesundheitswesens auch hinsichtlich vorhandener Unter-, Über- und Fehlversorgung reduzieren können, muss über begleitende Evaluationen ermittelt werden. Bisher gibt es leider nur wenige derart integrierte, einzelvertragliche Vollversorgungssysteme in Deutschland. Eine Ausnahme stellt das häufig als »Gesundheitslabor« oder »Leuchtturmprojekt« titulierte Vollversorgungsmodell von Gesundes Kinzigtal GmbH und AOK sowie LKK Baden-Württemberg dar, dessen begleitende Evaluation in einem beeindruckend umfassenden Maße erfolgt³. Erste Auswertungen der Vertragspartner selber weisen auf erhebliche monetäre Vorteile. Die Vorteile liegen dabei für alle Beteiligten auf der Hand. Für Leistungsanbieter sollte neben den finanziellen Anreizen weiterhin von Interesse sein, im Netzwerk liegendes Wissen nutzen zu können, da es wenig verwundern dürfte, dass das Wissen in Gruppen höher ist als das eines einzelnen. Auf diese Weise kann auf zuvor »ungenutztes« Wissen zurückgegriffen und zum Wohle des Patienten eingesetzt werden.

Zwei Gründe sprechen für eine eher kleinräumige regionale Versorgungsverantwortung durch eine solche Systemgesellschaft: Zum einen ist auf der Seite der beteiligten Leistungserbringer eine höhere innere Kohärenz zu erwarten, wenn diese sich untereinander auf Grund der Kleinräumigkeit noch kennen



Steuerung, Überwachung von Disease Management Programmen, Pharmakotherapie etc.) übernehmen und mit ihren Patienten einen partizipativen Entscheidungs- und Zielvereinbarungsprozess etablieren.

3. Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg dürfte die Laufzeit des dem Projekt zugrundeliegenden Vertrags sein, wobei sich hier allerdings ein Zielkonflikt andeutet. Aufgrund der hohen Fluktuation gesetzgeberischer Maßnahmen lässt sich eine zuverlässige langfristige Ergebnisplanung nur in Grenzen vornehmen, was tendenziell eher für kürzere Vertragslaufzeiten spricht. Allerdings dürften sich die Investitionen von erheblicher Höhe erst nach mehreren Jahren amortisieren, da der Aufbau entsprechender Strukturen Zeit benötigt und die ersten erfolgswirksamen medizinischen Effekte z.B. von Präventionsprogrammen erst mit einiger Zeitverzögerung spürbar werden. Erste Ergebnisberechnungen des Projekts »Gesundes Kinzigtal«, für das erste und zweite Laufjahr seines Betriebs weisen allerdings auf schon frühzeitigere Amortisationsmöglichkeiten hin (vgl. Rabatta, 2009).

und auch gegenseitig einschätzen und bei Fehlverhalten auch gegenseitig sanktionieren können. Zum anderen stellt sich auch die Frage nach der Managementfähigkeit von Systemen. Bei einer Größenordnung einer Einwohnerzahl von ca. 60–100 000 Menschen, also etwa der Durchschnittsgröße eines Landkreises, ergibt sich eine Kontaktzahl von rund 800 Beschäftigten im Gesundheitswesen (darunter ca. 100 niedergelassenen und weiteren ca. 60 in Kliniken tätigen Ärzten und Psychotherapeuten, ca. 250 Praxispersonalmitarbeitern, 60 Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, 200 Pflegekräften etc.), die zu einem gewissen Prozentsatz in der einen oder anderen Weise zusammengebracht und zu neuen Vereinbarungen veranlasst werden müssen.

Dem verständlichen Interesse von Krankenkassen, möglichst flächendeckend derartige Partnerlösungen zur Verfügung zu haben,

ist am ehesten mit einer Strategie der Parallelisierung vieler regionaler Systemlösungen nachzukommen. Dies wird freilich nur funktionieren, wenn der wirtschaftliche Erfolg des Einzelnen bzw. der Gruppe von Behandelnden dabei nicht auf der Strecke bleibt. Mit dem Modell *Gesundes Kinzigtal* haben wir zumindest in Teilen eine unseres Erachtens nach bessere Form innerhalb des gegenwärtigen Rechtsrahmens geschaffen. Wir freuen uns über eine intensive Diskussion mit den vdää-Kolleginnen und Kollegen.

* *Helmut Hildebrandt, Vorstand OptiMedis AG*

* *Marcus Auel, Allgemeinarzt, Vorsitzender Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.*

* *Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Aufsichtsratsmitglied OptiMedis AG*

Referenzliste – erhältlich über die Autoren.
Kontakt: Helmut Hildebrandt,
h.hildebrandt@optimedis.de

1. Der Artikel ist eine aktualisierte und gekürzte Fassung eines Aufsatzes von Helmut Hildebrandt, Manfred Richter-Reichhelm, Alf Trojan, Gerd Glaeske, Hildegard Hesselmann, veröffentlicht unter dem Titel »Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen« in *Sozialer Fortschritt* 2009, Heft 7
2. Der Titel wurde in Analogie zu dem vielzitierten Artikel von Enthoven und Tollen 2005 in *Health Affairs* gewählt. Ihr Titel lautete »Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency«
3. Vgl. Siegel & Stössel, 2010, sowie www.ekiv.org

Stellenweise nur mehr Krisenmanagement

Peter Hoffmann* über die Veränderung der Krankenhäuser

Peter Hoffmann analysiert die Entwicklungen im Krankenhaus seit der DRG-Einführung, die nicht nur zu Unter- und Fehlversorgung sondern auch zu Überversorgung führen. Die Konsequenz, die sich aus der Analyse ergibt heißt Bedarfsorientierung statt Ökonomisierung.

Im vergangenen Mai, während des Ärztestreiks des Marburger Bunds an den kommunalen Krankenhäusern, boten Streiktreffen Gelegenheit, einmal in der alltäglichen Hektik innezuhalten und zu reflektieren. In der Diskussion, wie viele Köpfe eine ärztliche Minimalbesetzung für Streiktage eigentlich benötigt, alarmierte die Streikenden an einer großen kommunalen Münchner Klinik folgende Beobachtung: In mehreren medizinischen Fachabteilungen war eine normale werktägliche Arztbesetzung 2010 geringer als die Mindestbesetzung im Ärztestreik 2006.

Einzelne kurzfristig unbesetzte Stellen oder krankheitsbedingte Ausfälle gefährden immer wieder unmittelbar Kernprozesse der Patientenversorgung. Die Schere zwischen Arbeitsvolumen und ärztlichen Kapazitäten öffnet sich, für Erfahrene wird es schwieriger, zuverlässig für die jungen Kolleginnen und Kollegen verfügbar zu sein und sie weiterzubilden. Die Redundanz im System nimmt ab, ineffiziente Abläufe und Fehler nehmen zu.

Standards und Leitlinien werden häufig in der Praxis nicht umgesetzt. Unter hoher Arbeitsbelastung und angesichts wenig rosiger Aussichten für die Zukunft nimmt die Fluktuation allgemein zu; die Teams werden jünger, dabei lässt sich die Gesamtqualifikation im Team oft qualitativ nicht halten. Stellenweise kann nur mehr Krisenmanagement betrieben werden.

Einer solchen stichwortartigen Beschreibung des Versorgungsalltags konnten sich im Grundsatz Ärztinnen und Ärzte aus allen Abteilungen anschließen – bei im konkreten unterschiedlich zugespitzten Engpässen. Die Streiktreffen in der Münchener Region raubten den Kolleginnen und Kollegen dieses Münchener Klinikums rasch die Illusion, die Situation sei nur an ihrer eigenen Klinik so problematisch und zugespitzt.

Damit scheinen sich die Verhältnisse im ärztlichen Dienst mittlerweile den Zuständen in der stationären Pflege angeglichen zu haben. In den letzten Jahren wurde bei Krankenhaus-Betriebsversammlungen regelmäßig über einen krassen Stellenabbau in der Pflege berichtet und vor den Folgen für Patienten, Mitarbeiter und die Qualität gewarnt, bis hin zur Schilderung unmenschlicher und hochriskanter Situationen mit beinahe oder wirklich eingetretenen Schadensfällen.

Offensichtlich haben sich also in den vergangenen Jahren nicht nur Strukturen und Abläufe, sondern auch die Arbeitsbedingun-

gen für Beschäftigte und die Versorgungsrealität für Patienten grundlegend verändert, wahrscheinlich auch die Qualität.

Eine nähere Betrachtung der Umwälzung, die die stationäre Krankenversorgung erfahren hat, muss mehrere Jahrzehnte zurückschauen. Bis in die 70er Jahre waren in den alten Bundesländern die Krankenhauskapazitäten deutlich ausgebaut worden, weil ein deutlicher Nachholbedarf im Vergleich mit anderen Ländern bestanden hatte und die wirtschaftliche Entwicklung günstig gewesen war. Ihre Betriebskosten wurden den Krankenhäusern nach dem Prinzip tagesgleicher Pflegesätze in voller Höhe rückerstattet.

In den 80er Jahren entwickelte sich eine Finanzierungskrise im westdeutschen Gesundheitswesen, die mit Bemühungen zur Kostendämpfung beantwortet wurde. Propagandistisch wurden Maßnahmen zur Kostendämpfung begründet mit einer vorgeblichen Kostenexplosion und einem befürchteten Standortnachteil durch einen starken Anstieg der Lohnkosten für die exportorientierte westdeutsche Ökonomie im internationalen Wettbewerb.

So wurde die vorherige Vollkostendeckung schrittweise beendet und ein nach oben gedeckeltes Gesamtbudget eingeführt, das starr an die gesamtwirtschaftliche Grundlohnsumme gekoppelt wurde.



Harald Wanetschka@pixelio.de