

Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser innerhalb weniger Jahre in einem bisher nicht gekannten Umfang verändert. An erster Stelle zu nennen sind die zahlreichen Änderungen der Krankenhausfinanzierung, vor allem die Einführung, Fortsetzung und Verschärfung der Budgetdeckelung sowie die Mitte der neunziger Jahre begonnene Umstellung auf ein neues Entgeltsystem. Mit der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995 wurde der 1972 eingeführte allgemeine tagesgleiche Pflegesatz durch ein System differenzierter Entgelte ersetzt, im wesentlichen bestehend aus Basis- und Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen. War ursprünglich vorgesehen, das »selbstgestrickte« Entgeltsystem schrittweise zu einem reinen Sonderentgelt- und Fallpauschalensystem auszubauen, wurde dieser Plan mittlerweile bereits wieder aufgegeben. Nun soll zum 1. Januar 2003 ein ausländisches Fallpauschalensystem eingeführt werden, das auf den US-amerikanischen Diagnosis Related Groups (DRG) basiert.

Der von diesen Änderungen der Krankenhausfinanzierung ausgehende ökonomische Druck auf Krankenhäuser wird durch zwei weitere Entwicklungstrends zusätzlich verschärft. Zum einen forcieren seit einigen Jahren die Länder den Bettenabbau, indem sie bei Fortschreibungen ihrer Krankenhauspläne die Zahl der Planbetten deutlicher als bisher reduzieren. Mit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan entfällt zugleich die wirtschaftliche Grundlage dieser Versorgungskapazitäten und damit beispielsweise auch der daran gekoppelten Planstellen. Zum anderen ziehen sich öffentliche Krankenhausträger zunehmend aus der wirtschaftlichen Verantwortung für ihre Krankenhäuser zurück. Insbesondere Kommunen versuchen, sich von den wirtschaftlichen Risiken der Krankenhausbetriebe zu entlasten, indem sie deren Rechtsform ändern oder sie an einen privaten Träger verkaufen.

Der aus diesen äußeren Entwicklungen resultierende wirtschaftliche Druck hat vielfältige Auswirkungen auf die Innenwelt der Krankenhäuser. Es zeigen sich zum einen problematische Entwicklungen wie Qualitätseinbußen, Rationierung, Patientenabweisungen und -verschiebungen, Verschärfung der sozialen Ungleichheit in der Patientenversorgung etc. Der verstärkte ökonomische Druck wird zum anderen in Krankenhäusern aber auch als Chance begriffen, längst überfällige Reformen

von Strukturen und Abläufen in Angriff zu nehmen und durchzusetzen. Zu diesen Entwicklungen können gezählt werden: verstärkte Bemühungen um eine Verbesserung der Versorgungsqualität, vereinzelte Bildung interprofessioneller Teams, punktuelle Vernetzungen zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung oder Ansätze zu einem Wandel von Krankenhäusern zu Gesundheitszentren.

Der vorliegende Band ist in seinem Schwerpunkt diesen gegenwärtigen Entwicklungen im Krankenhausbereich gewidmet. Im ersten Beitrag zum Schwerpunktthema befaßt sich *Michael Simon* mit dem im Krankenhausbereich derzeit zentralen Thema, der geplanten Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein DRG-basiertes vollständiges Fallpauschalensystem. Er stellt zunächst die Regelungen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vor und arbeitet anschließend eine Reihe von gravierenden Problemen heraus, die mit der geplanten Umstellung verbunden sind.

*Ellen Kuhlmann* stellt in ihrem Beitrag Ergebnisse eines Forschungsprojekts vor, in dem Auswirkungen des verstärkten wirtschaftlichen Drucks auf die ärztliche Aufklärungspraxis untersucht wurden. Unter den Bedingungen der Budgetdeckelung sind Krankenhausärzte zunehmend mit der Anforderung konfrontiert, in ihren diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen nicht nur medizinische Kriterien und Patienteninteressen, sondern auch Budgetvorgaben zu berücksichtigen. Wie aber werden Patienten über ökonomische Hintergründe ärztlicher Entscheidungen aufgeklärt? Da es weder konsensfähige professionelle Leitlinien noch eindeutige juristische Regelungen auf der Makroebene gibt und das Problem auf der Ebene der Institutionen ausgeblendet wird, ist die Versuchung zur Konfliktvermeidung groß: Ökonomisch motivierte Behandlungsentscheidungen werden in medizinischen Kategorien versteckt. Betroffen davon sind, so Ellen Kuhlmanns These, vor allem sozial schwächere Patientengruppen.

Budgetdeckelung und pauschalierte Entgelte sind mit Risiken für die Qualität der Patientenversorgung verbunden. Eingedenk dieses Risikos wurden die entsprechenden Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung zugleich auch mit der Aufforderung zum Auf- und Ausbau von Qualitätssicherungssystemen verbunden. Eine der weit verbreiteten Hoffnungen in der Gesundheitspolitik ist, es könne über die gesetzliche Verpflichtung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen ein »Qualitätswettbewerb« erreicht werden. Mit dieser Hoffnung setzt sich *Peter Stratmeyer* kritisch auseinander. Er weist darauf hin, daß ein solcher Wettbewerb nur entstehen kann, wenn das Angebot die Nachfrage übersteigt. Diese Voraussetzung sei im Krankenhausbereich angesichts der staatlichen

Krankenhausplanung nicht gegeben, die gerade verhindern soll, das ein Überangebot entsteht. Solange aber die Auslastung der Krankenhäuser durch die Begrenzung und Verknappung der Angebotskapazitäten staatlich gewährleistet wird, bestehe für das einzelne Krankenhaus im Grunde keine wirtschaftliche Notwendigkeit zu einem Qualitätswettbewerb. Der Autor schlägt statt dessen vor, sich an ausländischen Entwicklungen zu orientieren und eine verpflichtende externe Qualitätssicherung nach dem Vorbild der US-amerikanischen Joint Commission aufzubauen.

Auch *Ulrike Höhmann* setzt sich in ihrem Beitrag kritisch mit den gegenwärtigen Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung auseinander. Nach ihrer Auffassung wird die Qualitätsdiskussion zu stark monoprofessionell und organisationsbezogen geführt und die »eigentlich brisante Frage« nach inhaltlichen Bestimmungsgrößen von Qualität, die über die Grenzen der einzelnen Berufsgruppen hinaus konsensfähig sind, vernachlässigt. An einem Fallbeispiel entwickelt sie die Notwendigkeit der Entwicklung von sektor-, institutionen- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätsvorstellungen und berichtet daran anknüpfend über die Ergebnisse eines regionalen Projektes zur Entwicklung und Umsetzung von berufs- und einrichtungübergreifenden Qualitätskonzepten.

Mit einem der zentralen, wenn nicht gar *dem* zentralen Problem der Institution Krankenhaus, befassen sich *Karla* und *Jochen Schmerfeld*. Das Krankenhaus als Expertenorganisation leidet an einem massiven Kooperationsdefizit. Der Beitrag stellt die Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur interdisziplinären Kooperation zwischen Medizin, Sozialarbeit und Pflege vor und kommt zu dem Ergebnis, daß es nicht die berufsgruppenspezifischen Besonderheiten seien, die eine Kooperation im Krankenhaus behindern, sondern tiefsitzende Überzeugungen, die alle drei Berufsgruppen gemeinsam haben. Um die zukünftigen Anforderungen beispielsweise in der Versorgung chronisch Kranker adäquat bewältigen zu können, ist nach Schmerfelds der Übergang von der »instrumentellen Kooperation« zu einer »dialogischen Kooperation« erforderlich. Voraussetzung dafür wiederum ist nach Auffassung der AutorInnen der Übergang von der Professionalität zur Interprofessionalität, die zum einen faire Kooperationsbedingungen, vor allem aber ein Verstehen der anderen Professionen und ihres jeweils spezifischen Blicks auf die Probleme voraussetzt.

Außerhalb des Schwerpunktthemas setzt sich *Hagen Kühn* mit einem neueren Versuch auseinander, vom zentralen Problem der gesetzlichen Krankenversicherung, der Erosion ihrer Finanzierungsgrundlage, abzulenken. Anhand empirischer Daten weist er nach, daß entgegen der Behauptung des Instituts für Wirtschaft und Soziales, die Lohnquote in den

achtziger und neunziger Jahren sehr wohl gesunken und mit einer Fortsetzung dieses Trend zu rechnen ist. *Petra Kolip* befaßt sich kritisch mit dem seit längerem ungebrochenen Trend zur Medikalisierung der Wechseljahre und analysiert seine Ursachen differenziert für die drei beteiligten Akteursgruppen: Pharmaindustrie, ÄrztInnen und Frauen.