Peter Stratmeyer

Die Mythen von der Krankenhausqualitätssicherung

Das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hält sich nun schon seit einigen Jahren hartnäckig in der Diskussion, ohne bisher wesentlich an Aktualität eingebüßt zu haben. Die Annahme, daß konsequentes Qualitätsmanagement unnötige Kosten und Qualitätsdefizite im betrieblichen Leistungsgeschehen aufdeckt, kann wohl als zugkräftigstes Argument für seine Implementierung angesehen werden. Die Zusammenhänge scheinen einfach und plausibel: Radikale Orientierung an Kundenerwartungen, konsequentes Prozeßdenken mit Bildung von Prozeßteams, Benennung von Prozeßeigentümern, Verschlankung und Veränderung der Aufbauorganisation und dergleichen mehr stellen die zentralen Elemente dar, die sich konzeptionell unter Begriffen wie bspw. Business Reengeneering, Geschäftsprozeßoptimierung und Total Quality Management (TQM) fassen lassen. Die Umstellung des unternehmerischen Fokus weg von der kleingliedrigen Diversifikation hin zu auf den Kunden ausgerichteten Kern- und Supportprozessen verspricht, wirtschaftliche Irrationalitäten und Qualitätsdefizite leistungsnäher erkennen und eliminieren zu können.

Diese geschilderten Wirkmechanismen eines verstärkten Qualitätswettbewerbs wurden von den Qualitätsprotagonisten nun in der internen und externen Krankenhaussteuerung adaptiert, um für eine Dringlichkeit der Qualitätsorientierung zu argumentieren (vgl. z.B. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e.V. 1997: 7; Graf et al. 1998: IV).

Bei dieser Diskussion fällt die geringe kritische Resonanz auf, die diese Position bisher hervorgerufen hat. Verkannt wird offenbar noch zu sehr, daß die Bedingungen eines freien Wettbewerbs als Motor der ständigen Qualitätsverbesserung nur unter den kontingenten Bedingungen eines sich selbst regulierenden Marktes hergestellt werden können. Diese Voraussetzungen sind im Krankenhaussektor bisher aber weder vorhanden noch politisch intendiert, noch sind sie im Interesse einer solidarischen Gesundheitsversorgung erstrebenswert. Qualitätswettbewerb in einem staatlich beeinflußten und garantierten Versorgungssektor erreichen zu wollen, stellt mithin eine Quadratur des Kreises dar.

Ein weiteres bisher ungelöstes Problem ist die erforderliche Transparenz, die für Qualitätsvergleiche innerhalb des Wettbewerbs notwendig

wäre. In diesem Zusammenhang hilft auch die für das Gesundheitswesen neu kreierte Kundenorientierung nicht weiter. Die bisher in den Einrichtungen vorgenommenen Anstrengungen zur Hebung der Servicequalität lenken dabei davon ab, daß Service auf der einen und Therapie bzw. Pflege auf der anderen Seite weitgehend unabhängig voneinander rangieren und somit von der Qualität der einen Dienstleistung nicht auf die Qualität der pflegerischen und therapeutischen Kernleistung zu schließen ist. Die Entwicklung von Instrumenten zur Überprüfung des Kerngeschäfts steckt noch sehr in den Kinderschuhen. Zudem sind Zweifel angebracht, ob die Hochstilisierung von Patienten/innen zu ›souveränen Kunden‹ nicht auch eine systematische Überforderung zumindest von einigen Patientengruppen darstellt.

Der Mythos vom Qualitätswettbewerb

Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen ergibt sich derzeit weder aus eindeutig objektiven Gesundheitszuständen noch aus subjektivem Nachfrageverhalten der Patienten/innen. Vielmehr ist dieser Zusammenhang höchst kompliziert und wird durch die Beteiligung interner und externer Steuerungskräfte überlagert.

1) Krankenhausindikationen resultieren zum großen Teil aus dem Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte, die dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer Budgets kalkulieren. Die Budgettrennungen implizieren die Tendenz, teurere Patienten zur eigenen Kostenentlastung aus dem ambulanten Bereich in den stationären zu verlagern. Zur eigenen Budgetentlastung nutzen gerade kleinere Häuser die Verschiebung kostenträchtiger Patienten in Krankenhäuser der Maximalversorgung (vgl. Simon 1997: 32).

2) Eine entscheidende Steuerungswirkung kommt der staatlichen Regulierung zu, die durch Vorgaben der Bettenkapazitäten faktisch eine künstliche Angebotsreduzierung bewirkt.[1] Damit werden in abgeschwächter Form Auslastungen von Krankenhäusern staatlich garantiert. Die identifizierten »Fehlbelegungen« und die daraufhin vorgenommenen Bettenreduzierungen und Krankenhausschließungen führen zu dem prinzipiell wettbewerbsfeindlichen Effekt einer weitgehend zuverlässigen, z.T. über die Betten- und Budgetkapazitäten der Häuser hinausgehenden Nachfrage. Verkannt wird, daß Konkurrenz – eben auch Qualitätskonkurrenz – nur entstehen kann, wenn das Angebot die Nachfrage übersteigt, also in einem Zustand der relativen Überversorgung (vgl. Hoffacker 1997: 18). Erst dann ergeben sich Entscheidungsspielräume und Wahlmöglichkeiten. Es ist einleuchtend, daß »gesättigte« Krankenhäuser kein Motiv

haben, um weitere Patienten zu werben, für die sie keine auskömmliche Kostenerstattung erhalten. Wenn ein Krankenhaus eine gute Belegung hat, dann hat es diese nicht in erster Linie aufgrund einer guten Qualität, sondern aufgrund einer staatlich regulierten und restriktiven Bettenbedarfsplanung und ggf. sogar trotz mangelnder Qualität. Zu diesem Ergebnis kommt auch Sass, wenn er bezweifelt, »ob wir in der Bundesrepublik heute eine echte Wettbewerbssituation unter Krankenhäusern haben und ob es einen funktionierenden Markt im Dienstleistungsangebot der stationären Versorgung überhaupt gibt« (Sass 1997: 49; vgl. auch Hoffacker 1997: 17).

3) Die interne Patientensteuerung weist über den genannten Patientenverschiebebahnhof von Häusern geringerer Versorgungsstufen zu Kliniken der Maximalversorgung weitere Mechanismen auf, die nachfrageverzerrend wirken. So wird die Indikation zur Patientenaufnahme und die Entscheidung über die Patientenverweildauer letztendlich von Krankenhausärzten – also im gewissen Sinne selbstinduzierend gestellt. »Meines Erachtens ist diese Entwicklung nicht in erster Linie nachfrage-, sondern anbieterinduziert. Sie ist m.a.W. nicht primär durch eine sich differenzierende Nachfrage auf Seiten der Patienten verursacht worden, sondern durch die Eigendynamik biomedizinischer Forschung und eine sich immer stärker beschleunigende Technisierung von Diagnose und Therapie« (Badura 1997: 62 f.). Auswahlkriterien sind aber selbst hierbei nicht ausschließlich medizinisch motiviert. Bei der Gesamteinschätzung der Patienten/innen kommen auch psycho-soziale Aspekte sowie Kalküle über das (Nicht-)Vorhandensein komplementärer Versorgungsangebote zum Tragen, die sich treffend als *Sozialfunktionen des Krankenhauses ohne Auftrag* bezeichnen lassen, die zwar angesichts von Leid und Not moralisches Gewicht für die Einweisungsindikation haben und denen sich verantwortliche Ärzte/innen gar nicht entziehen können, die jedoch die Grenzen des Krankenhausauftrages überschreiten, zumindest aber überdehnen, wie in der Diskussion um die Fehlbelegungen hinreichend thematisiert wird.

Qualifikation und Sicherheitsbedürfnisse der aufnehmenden Ärzte/innen dürften zudem Aufnahmeentscheidungen beeinflussen. Patienten/innen, denen die Einweisung versagt wird und bei denen sich die Entscheidung im nachhinein als falsch herausstellt, bedeuten ein relevantes Haftungsrisiko für die Mediziner/innen. Haftungsrisiken wegen unnötiger Krankenhauseinweisung, wegen eines unnötig verlängerten Aufenthalts oder gar wegen zuviel erbrachter Leistungen stellen sich hingegen nicht. Kaum zu leugnen ist ferner, daß auch aktuelle Kapazitätsauslastungen der einzelnen Abteilungen je nach Auslastungsgrad zu mehr oder weniger

restriktiver Indikationsstellung der Krankenhausaufnahme und Aufenthaltsdauer führen. Selbst bei sinkender Nachfrage verfügt ein Krankenhaus mithin noch über ein reichhaltiges Repertoire interner Steuerungsinstrumente zur Kompensation drohender Unterauslastungen, das ihnen eine sogenannte »Punktlandung« beim Plansoll ermöglicht.[2]

Es ist mithin bisher auch überhaupt nicht absehbar, ob die Krankenhäuser mit einer hohen Qualität die besseren Überlebenschancen haben werden. Bei der Entscheidung über Bettenabbau und Krankenhausschließungen greift das Qualitätsargument bisher nicht. Vielmehr geht es um Fragen der regionalen Flächenversorgung mit Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen und Spezialitäten, also um Parameter der zentral gesteuerten Angebotspolitik im besten Fall auf der Grundlage gesicherter demographischer, epidemiologischer und sozialmedizinischer Daten.

Der marktwirtschaftliche Zusammenhang von Preis und Leistung (Umfang und Qualität) wird für das Krankenhauswesen aufgelöst. Im freien Markt ergibt sich die Preisgestaltung aus dem Wechselspiel von Selbstkosten bei angestrebter Quantität und Qualität, Gewinnabsichten und marktverträglichen Preisen. Den Unternehmen stehen dabei unterschiedliche ökonomische Strategien zur Verfügung, die gemeinhin als Minimal- oder Maximalprinzip bezeichnet werden. Das Minimalprinzip besagt, daß ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmte Dienstleistung in einem definierten Leistungsumfang und einer definierten Güte zu möglichst geringen Kosten hergestellt oder erbracht wird. Das Maximalprinzip geht von vorgegebenen Kosten aus, zu denen ein höchstes Maß an Produktivität erreicht wird. Das Aufspüren und Optimieren dieser Qualitäts- und Quantitätspotentiale sowie der Kostenreduktionen wird als Rationalisierung des Unternehmens bezeichnet.

Dieses leicht nachvollziehbare Anreizsystem zur Produktivitätssteigerung wird durch die Prinzipien der derzeit gültigen Krankenhausfinanzierung auf den Kopf stellt. Die Preisgestaltungen der Krankenhäuser werden nicht über Marktmechanismen gesteuert, sondern gehen überwiegend auf kalkulierte Selbstkosten der Häuser zurück. Verpflichtungen zu Wirtschaftlichkeitsnachweisen sowie die Finanzierungsrestriktionen durch Budgetdeckelungen und -kürzungen haben zwar den Kostendruck auf die Einrichtungen erhöht, eine prinzipielle Umstellung der Finanzierungsgrundlage der kalkulierten Selbstkosten jedoch noch nicht entscheidend bewirkt. Der durchschnittliche Einnahmeanteil von etwa 25% durch pauschalisierte Entgelte (Fallpauschalen und Sonderentgelte) (Rosenbrock 1998: 79) hat durchaus in diesem Bereich zur erhöhten Kostenkontrolle geführt, der gesamtunternehmerische Effekt ist aber gering, da Gewinne und Verluste aus dieser Einnahmequelle mit

dem Restbudgets verrechnet werden können (Hoffacker 1997: 22). Damit verliert ein großer Teil des Wirkpotentials an interner Steuerungskraft.

Krankenhäuser, die vor der Ära der Budgetdeckelungen und -kürzungen besonders wirtschaftlich waren und ihre Rationalisierungspotentiale ganz oder größtenteils ausschöpften, haben sich zwar volkswirtschaftlich intelligent verhalten, betriebswirtschaftlich jedoch im höchsten Maße irrational. Auf vergleichsweise geringerem Finanzierungsniveau werden sie durch die *Rasenmähermethode* der pauschalen Finanzierungsrestriktionen gleichermaßen getroffen und haben faktisch ihre Rationalisierungspotentiale im Vertrauen auf eine rationale und gerechte Krankenhausfinanzierung zu früh verbraucht. Nicht von ungefähr sind gerade Häuser in staatlicher Regie mit hohen Fallkosten begehrte Übernahmeobjekte durch private Krankenhausbetreiber. Letztere vermuten hier Einsparpotentiale in einer Größenordnung von 30 bis 40 % (Ries 1996), die sich sowohl für Investitionen, Pflegesatzsenkungen als auch für respektable Gewinne nutzen lassen.

Diese Erwartungen mögen im Einzelfall auch durchaus realistisch sein, nur lassen sich daraus keine Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit anderer Häuser ziehen. Sowohl im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit als auch auf Qualität erweisen sich vermutlich die meisten Häuser noch immer als »black-boxes«. Und dies nicht nur im Hinblick auf die externe Bewertung, sondern zumindest in vielen Bereichen auch mit Blick auf das interne Assessment. Fallkostenvergleiche, wie sie in jüngster Zeit durch die Krankenkassen angestellt wurden, werfen ein Licht auf Kostenunterschiede in einer gigantischen Größenordnung von bis zu mehreren hundert Prozent bei gleichen Versorgungsstufen (o.V. 1997: 73 f.; vgl. auch Seyfarth-Metzger et al. 1998: 8).

Während Kunden in der Regel ihre Kaufentscheidungen mehr oder weniger souverän zwischen Qualität und Preis bilanzieren und zwischen verschiedenen Anbietern wählen, stellt die Marktvariable Preis zur Wahl eines Krankenhauses kein Entscheidungskriterium dar. Für Nachfrager, die Patientenströme im wesentlichen beeinflussen (zuweisende niedergelassene Ärzte), sind Preisgestaltungen bzw. Kostenansätze der Krankenhäuser bedeutungslos, da sie ihr eigenes Finanzierungsbudget nicht tangieren.

Patienten/innen können die Qualität zumindest der Primärdienstleistung nur in engen Grenzen beurteilen und werden somit geneigt sein, von hohen Kosten auf hohe Qualität zu schließen. Sie würden in Ermangelung geeigneter Qualitätskriterien zur Beurteilung der Primärdienstleistungen vermutlich auch eher skeptisch sein, wenn sie erfahren, daß ihr

behandelndes Krankenhaus besonders billig ist. Sie könnten den Verdacht haben, daß ihnen bestimmte Leistungen in Umfang und Güte vorenthalten werden. Da Patienten/innen nicht selbst für die Kosten einzustehen haben, ergibt sich hierüber auch keine Dynamik der Selbstbeschränkung (Rosenbrock 1998: 50).

Es ist evident, Preisgestaltungen, die in einem selbstreguliertem Markt nachfragebeeinflussend sind und mithin handlungswirksam zur internen Kosten- und Qualitätssteuerung beitragen, entfallen als externer Handlungsanreiz im Krankenhauswesen. Die Krankenhausbedarfsplanung garantiert ihnen im hohen Maße den kontinuierlichen Patientenstrom sowie mehr oder weniger eine Auslastung nahe der Kapazitätsgrenzen und dies weitgehend unabhängig von Qualität und Kosten.

Die Annahme, der Kostendruck auf die Krankenhäuser würde zwangsläufig zur Selektion von nicht notwendigen, ergo verschwenderischer Leistungen führen, verkennt die hohe Systemstabilität im Prozeß der Leistungserstellung. »Zu befürchten ist jedoch, daß sich unter dem dadurch ausgelösten, Kosteneinsparungsdruck‹ die Aufmerksamkeit zunächst nur auf schnell greifende Kostensenkungsprogramme richten wird und mittel- bis langfristige Konzepte wie der TQM-Ansatz, nicht zum Tragen kommen« (Schubert/Zink 1997: 181). Es werden eher wenig kreative Maßnahmen pauschaler Personalkürzungen ergriffen, die den Mitarbeiter/innen unter verschlechterten betrieblichen Infrastrukturbedingungen die Verantwortungslast für die Qualität der Arbeit aufbürdet und insbesondere interprofessionelle Konflikte verstärkt, als daß Analysen zur Identifizierung wirtschaftlicher Irrationalitäten entwickelt werden. In jüngster Zeit ist besonders der Druck, der auf Ärzte/innen in der Aus- und Weiterbildung ausgeübt wird, Gegenstand öffentlicher Diskussionen (vgl. z.B. Holm 1999).

Insbesondere das medizinische Leistungsspektrum, das im wesentlichen die Kosten des Krankenhauses definiert, dürfte sich einer (selbst-) kritischen Durchleuchtung bisher weitgehend entzogen haben. Kursorisch und sicherlich keineswegs vollständig sind nachfolgend einige Faktoren mit Verschwendungspotentialen und gegenseitiger Verstärkungstendenz auszumachen, die die o.g. nicht am Gesundheitsbedarf orientierte Programmierung ärztlicher Handlungsoptionen weiter verstärken:

- die vorberufliche Ausbildungssozialisation von Ärzten/innen in der Handlungslogik von Universitätskliniken mit extrem selektiven Patientenaufkommen, Übergewicht von Forschung und Maximalversorgungsansprüchen;
- die Orientierung an Abbilddiagnostik und Handlungslogik der Akuttherapie;

- die verschwenderische Leistungserstellung durch reichlich Überschüsse klinisch unerfahrener Ärzte/innen in der Aus- und Weiterbildung ohne ausreichend qualifizierte Anleitung;
- die Overkilldiagnostik zur forensischen Absicherung;
- die Steuerungsfunktion ärztlicher Weiterbildungskataloge auf Indikationsstellungen;
- die medizinische Omnipotenz und die paternalistischen Herrschaftsstrukturen versus Orientierung auf selbststeuernde multidisziplinäre Teams;
- die mangelhafte, v.a. unzulängliche fallbezogene Selbstreflexion des Leistungs- und Qualitätsprozesses;
- das ärztliche Gratifikationssystem, das technikorientierte Spezialisierung belohnt und organisationsbezogene Managementaufgaben abwertet.

In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf verwiesen, daß die hier und da genannten angeblich horrenden Einsparpotentiale genauso wenig nachgewiesen sind wie die Aussage des letzten Bundesgesundheitsministers Seehofer, die »Roßkur« der letzten Jahre hätte die Potentiale erschlossen. Die neue Regierung vermutet denn auch noch Reserven, die sie durch neue politische Instrumente mobilisieren will (Dreßler 1999: 275 f.). Verkannt wird hier allzu leicht, daß personenbezogene Dienstleistungen per se personalintensiv sind, und Rationalisierung in diesem Bereich sehr schnell zu Einbußen in der Kommunikations- und Interaktionsqualität führen, weil diese Aufgaben (irrtümlich) von den Akteuren eher als für die essentielle Leistungserstellung verzichtbar erachtet werden (vgl. ausführlich Badura/Feuerstein 1994). Unmittelbar einleuchtend ist zudem auch, daß Krankenhäuser nicht wie andere Industrie- oder Dienstleistungsbetriebe im Routinebetrieb an Kapazitätsgrenzen ›gefahren‹ werden dürfen, da sie es zu einem Teil mit unkalkulierbaren, dramatischen und nicht aufschiebbaren Leistungsanforderungen zu tun haben. Die Qualität eines Krankenhauses ergibt sich mithin auch aus seinen Vorhaltungskapazitäten.

Zwar lassen sich fallbezogene Geschäftsprozesse analysieren und durch einen systematischen Abbau von unproduktiven Leerlaufzeiten und Doppeluntersuchungen straffen (vgl. Greulich/Thiele/Thiex-Kreye 1997: 23), die wesentlichen volkswirtschaftlich relevanten Potentiale schlummern jedoch am Beginn der Leistungserstellung: Im Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte/innen, in der Diagnostik und Indikationsstellung (Janßen 1997). Die Expansion von Einzelleistungen im Krankenhauswesen ist epidemiologisch nicht begründet, sondern ist zu einem großen Teil dessen Systemrationalität geschuldet, in der es kaum eine wirksame Handlungslogik gibt, diagnostische und therapeutische

Einzelleistungen nicht zu erbringen (Feuerstein 1993: 48; Hoffacker 1997: 14). Unnötig erbrachte Leistungen stellen hingegen nicht nur ein Kostenproblem dar, sondern wegen der damit verbundenen Beeinträchtigungen der Patienten/innen auch ein echtes Qualitätsproblem. »Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen rügt nachdrücklich brachliegende Wirtschaftlichkeitsreserven: Wesentliche Teile der präoperativen Routinediagnostik seien überflüssig, ebenso zahllose Knochendichtemessungen und Athroskopien.« (De Ridder/ Dißmann 1999: 2)

Die populäre Formel »Wer vor allem die Kosten beachtet, senkt die Qualität – wer vor allem die Qualität beachtet, senkt die Kosten« (Seyfahrt-Metzger 1977:4) ist wegen der hohen allgemeinen Plausibilität zwar besonders griffig, bedarf allerdings bei komplexen Krankenhausleistungen einer gehörigen Differenzierung. Insgesamt mangelt es an interaktionsorientierten Leistungen, die jeweils nur geringe Rationalisierungspotentiale aufweisen, mit technikintensiven eng verzahnt werden müssen und mithin deren Handlungsweisen faktisch sinngebend zu transzendieren haben. Sie sind von hochqualifizierten Personen zu erbringen und schlagen sich auf der Kostenseite relevant nieder. Inwieweit interaktionsintensive Leistungen kostenträchtige technikintensive Leistungen z.T. substituieren können (Badura/Feuerstein 1994: 54), wird sich erst noch erweisen müssen.

Zwar kann heute kaum jemand sagen, welches ein gutes oder ein schlechtes Krankenhaus ist. Vergleiche, wie sie vor einigen Jahren von der Zeitschrift FOCUS durchgeführt wurde, ließen erhebliche Zweifel an der Gültigkeit von Qualitätsaussagen erkennen (vgl. Schmidbauer 1997: 29). Patienten/innen, Selbsthilfeorganisationen, ambulante Einrichtungen und v.a. zuweisende Ärzte/innen haben aber sehr wohl eine Meinung über die Häuser und entscheiden via formelle und informelle Kanäle über deren Ruf. Was sich jedes Wirtschaftsunternehmen wünscht, daß positiv über es berichtet wird, erweist sich für vermeintlich gute Krankenhäuser als Bumerang mit z.T. fatalen Folgen. Sie können faktisch durch ihre vermeintlich gute Qualität wirtschaftlich obstruiert werden, da eine hohe Nachfrage aufgrund der Budgetbegrenzungen eben nicht gleichermaßen zu höheren Einnahmen führt. Es ist kontraproduktiv, wenn Krankenhäuser heute große Anstrengungen unternehmen, um mehr und qualitativ höherwertigere Leistungen zu proportional gleichen Kosten zu erbringen, und dieses durch Kundenorientierung und geschickte Öffentlichkeitsarbeit nach außen abbilden, Auslastungen über die vereinbarte Budgetobergrenze hinaus aber lediglich die Umsätze mit ggf. ruinöser Wirkung erhöhen.

Das alte System der ungedeckelten Selbstkostenfinanzierung baute auf eine hohe Selbstverpflichtung der Akteure. Das System war in seiner Logik kostenexpansiv und förderte eher eine Verschwendung, aber es bot wenig Anreize zur Erbringung qualitativ schlechter Leistungen, wenn man einmal von der grundsätzlichen Kritik an der einseitig medizinisch-kurativen Handlungslogik absieht. Die hohe ethische Selbstverpflichtung der Akteure war Garant – zumindest aus ihrer subjektiven Sicht – für eine hohe Qualität. Die derzeit gültige Finanzierungsform verschiebt diese Tendenz. Sie verhindert nicht die systemimmanenten Fehlsteuerungen (Indikationsausweitungen und Überbewertung technikintensiver Leistungen), hebt damit Verschwendung nur punktuell und zufällig, nicht aber strukturell auf. Sie verdrängt vielmehr noch stärker die für die Patientenbedürfnisse wesentlichen interaktiven Dienstleistungen und Sozialfunktionen und fördert unter dem anhaltenden Kostendruck die Gefahr, daß die Selbstverpflichtung der Akteure immer stärker in Konkurrenz zum Einsparmotiv gerät. Unter der Formel der »medizinökonomischen Justierung« von verantwortlichen Ärzten (Enders, zit. n. Simon 1997: 45) steht Krankenhausökonomen mittlerweile ein reichhaltiges Repertoire an Steuerungshebeln zur wirtschaftlichen Disziplinierung von leitenden Ärzten zu Verfügung (ebd.: 44 f.).

So paradox es klingt: Während minderwertige Leistungen bei jedem Wirtschaftsunternehmen die Rentabilität z.B. wegen der Gewährleistungshaftung reduzieren, erhöhen sie (mit Ausnahme der pauschalisierten Entgelte) die Einnahmeseite von Krankenhäusern. Jede vermeidbare nosokominale Infektion bei einem Patienten, der im Krankenhaus weiterbehandelt wird, garantiert Bettenauslastung und tagtäglichen Geldfluß.

Die Gefahr von Qualitätsminderung bzw. des Vorenthaltens notwendiger Leistungen sowie Indikationsexpansion für Fallpauschalen und Sonderentgelte wurde frühzeitig erkannt (Schmidbauer 1997: 29). Daher wurden rechtzeitig vor Inkrafttreten dieser neuen Finanzierungsformen bereits 1994 »Rahmenrichtlinien der Spitzenverbände gemäß § 137 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten« vereinbart (vgl. Hoffacker 1997: 15). Erst im Jahre 1998 ist es den Vertragspartnern allerdings gelungen, eine Verfahrensbeschreibung zur Umsetzung dieser Richtlinien zu erarbeiten, deren Vollzug in den meisten Bundesländern wegen anhaltender Streitereien aber noch aussteht (vgl. zum aktuellen Stand in den Bundesländern Scholz-Hartheim/Schoppe/Walger 1999). Dabei wurde ein äußerst kompliziertes, dem Föderalismus nachempfundenes Institutionensystem unter Beteiligung der Vertragspartner, Krankenhausgesellschaften und

Berufsverbände geschaffen, das Daten kaskadenförmig über die Länder an das Bundeskuratorium transferieren soll (vgl. Servicestelle Qualitätssicherung 1998). Diesem aufwendigen Verfahren entsprechen die genannten Interventionsmöglichkeiten der Landeskuratorien und Fachgruppen in keiner Weise. Sanktionen und Auflagen sind ausgeschlossen, statt dessen wird samtweich auf freiwillige Information und Beratung gesetzt (ebd.: 23). An diesem Beispiel wird ein grundsätzliches Problem der externen Qualitätskontrolle deutlich: Vielfältige Zuständigkeits- und Beteiligungsnormen, föderalistische Strukturen, übertriebene Datenschutzbedenken und Streitigkeiten über die Kostenübernahme von Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen den Vertragspartnern führten und führen zu einem endlosen Gezerre und schwächen zusätzlich die wenigen und ohnehin wenig wirksamen Möglichkeiten. Insbesondere suffiziente Sanktionierungsmöglichkeiten haben in diesem ›neokorporatistischen Steuerungsprinzip‹ (Rosenbrock 1998) mit breit angelegtem Konsensverfahren auf kleinstem Nenner keine Durchsetzungschancen. Es bleiben bestenfalls Appelle, die sich für einen systemisch wirksamen Qualitätsimpuls jedoch als viel zu machtlos erweisen.

Pointiert formuliert, kann resümiert werden, daß es für die Erbringung guter Leistungen bisher keinen suffizienten Anreiz gibt. Die Steuerungslogik von Krankenhäusern wird zunehmend durch gesundheitspolitische Eingriffe der letzten Jahre auf Anreize zur Erbringung von Minder- oder Schlechtleistungen disponiert (vgl. Simon 1997: 32f.; vgl. auch Schelter 1994: 34). Kompensationen durch stärkere externe Kontrollen erwiesen sich bisher als weitgehend wirkungslos. Die Risiken für die Patienten/innen und die Volkswirtschaft sind naheliegend. Daß bisher keine dramatischen Qualitätsprobleme aus dem Krankenhaussektor bekannt wurden, liegt zum einen zweifellos an der Intransparenz des Leistungsgeschehens und zum anderen an der hohen professionellen und ethischen Selbstbindung der Akteure sowie ab deren Ängste vor rechtlichen Konsequenzen. Bedenklich wird es, wenn die Selbstverpflichtung zur Erbringung qualitätsgerechter Arbeit vor dem Hintergrund belastender Arbeitssituationen und forcierter Einsparmotive zu erodieren beginnt, da von ihr vermutlich bis dato der stärkste Qualitätsanreiz ausgeht.

Aus den bisherigen weitgehend wirkungslosen und vor allem widersprüchlichen politischen Steuerungsversuchen zur Qualitätsbewertung und -erhöhung ergibt sich für die Krankenhäuser kein notwendiger Zwang, ein funktionelles Qualitätsmanagement zu betreiben. Zu diesem Ergebnis kommt auch Seyfarth-Metzger, wenn sie im Qualitätsbericht des Krankenhauses München Schwabing schreibt: »Zugleich gibt es keine spezifischen externen Anreize für Qualitätsverbesserungen, nicht

einmal schon beschlossene Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wurden, wie geplant, auf Landesebene umgesetzt. Diese Vorgehensweise ist für viele Krankenhausbeschäftigte demotivierend« (Seyfarth-Metzger 1996: 4; 1997: 4). Ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Gutachten bestätigt diesen Eindruck:

- »die Bemühungen um Qualitätssicherung in der Bundesrepublik befinden sich noch in keiner stabilen Phase;
- es gibt keine Bündelung der Qualitätssicherungsanstrengungen auf der Basis eines Gesamtkonzepts;
- mit den Qualitätssicherungsaktivitäten sind kaum Evaluationsaspekte verbunden« (Schmidbauer 1997: 28).

Übersehen wird eben doch zu sehr, »daß mit der Proklamierung marktwirtschaftlicher Kriterien oder der technokratisch-instrumentalistischen Etablierung z.B. eines Total-Quality-Management alleine noch nicht viel bewegt wird« (Bungard 1997: 78). Daß sich dennoch Krankenhäuser auf den schwierigen Weg gemacht haben, liegt zum einen an der populären und noch weitgehend unwidersprochenen Faszination des *Qualitätsmythos*. Es liegt zum zweiten an der (noch unbegründeten) Hoffnung, daß jetzt gestellte Weichen, wenn nicht heute, so doch später zu Zeiten eines *echten* Wettbewerbs honoriert werden, und es liegt zum dritten an der genannten Selbstverpflichtung von Krankenhausmitarbeitern/innen, eine gute Leistung erbringen zu wollen und dafür die Gemeinschaft nicht mehr in Anspruch zu nehmen als unbedingt nötig. Diese Steuerungsanreize werden sich auch in der Zukunft als zu gering erweisen, um einen Durchbruch in der Entwicklung der Krankenhausqualität zu bewirken.

Letztendlich lassen sich die geschilderten Probleme auf das Aussetzen einer grundlegenden gesundheitspolitischen Entscheidung zurückführen: Rückzug des Staates aus der Regulation des Gesundheitsmarktes und Beschränkung auf sozialstaatliche Fürsorge – dies meint Schaffung echter Wettbewerbsverhältnisse – *oder* staatliche Übernahme der Verantwortung für das Gemeingut *Gesundheit*. Dann darf sich diese Verantwortung aber nicht nur auf die Fragen der Kostenregulierung beziehen, sondern muß die andere Seite der Medaille, die der Qualität, adäquat mitregeln.

Auf die Gefahren, die ein Rückzug des Staates aus der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung mit sich bringen wird, wurde ausreichend hingewiesen (vgl. z.B. Kühn 1996; Rosenbrock 1998). Nach einer Rationalisierungsphase wird es – so zeigen besonders amerikanische Erfahrungen – auch nur vorübergehend zu Kosteneinsparungen kommen, da

die Marktlogik auf Expansion und nicht auf Reduktion angelegt (vgl. Rosenbrock 1998: 50), die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weitgehend unbegrenzt ist, und im Zweifelsfall vom Arzt definiert wird (anbieterinduziert). Die Einsparungen werden die Lasten und Risiken, die derzeit von der Solidargemeinschaft getragen werden, zu Lasten des Einzelnen weiter privatisieren. Zurecht geht Kühn (1996: 6) davon aus, daß der freie Wettbewerb als »Trendverstärker (dient): er multipliziert jeden relativen Vorteil (Marktbeherrschung, Geld, Macht, Privilegien etc.), und er prägt die schon heute zentralen Fehlentwicklungen der Medizin noch schärfer aus: Technik und Medikamente statt Kommunikation, neue Diagnoseverfahren bei unzureichender Therapie, zuviel Medizin und zuwenig bzw. zu schlechte Pflege und Betreuung«.

Der Mythos von der Kundenorientierung

Der Mythos des Qualitätswettbewerbs hat in den letzten Jahren die Rezeption von Managementkonzepten des Dienstleistungsmarketings (vgl. Meffert/Bruhn 1997) für Krankenhäuser auf den Plan gerufen. Besonders die radikale Orientierung an Wünschen und Bedürfnissen der Kunden hat in dieser Diskussion deutlich an Gewicht bekommen und wurde von den kaufmännischen Leitungen, aber offenbar auch v.a. von der Pflege aufgenommen (vgl. ausführlich Ehmke/Stratmeyer 2000). So hat denn auch Müller (1997: 38) als Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegepersonen e.V. (BALK) einen Wandel vom Pflegemanagement zum Dienstleistungsmanagement postuliert. Sie benennt fünf Thesen, die belegen sollen, »warum Pflege mit ihren fachlichen Exklusivitäten in das neue Krankenhausführungskonzept gehört« und legitimiert damit den Anspruch auf »Präsenz in den Führungsetagen der Krankenhäuser«.

»Thesenübersicht

1. Pflegemanagement verfügt über *Personalmanagementfähigkeiten*
2. Pflegemanagement verfügt über *Organisationsfähigkeiten*
3. Pflegemanagement verfügt über *Qualitätsmanagementfähigkeiten*
4. Pflegemanagement verfügt über *Hotelpflegemanagementfähigkeiten*
5. Pflegemanagement verfügt über *Marketingfähigkeiten*« (ebd.: 39; Hervorh. i.O.).

Auffallend ist hierbei, daß sich diese *fachlichen Exklusivitäten* allesamt auf allgemeine Dienstleistungsqualitäten beziehen, die den Kern pflegerischer Leistungserstellung aussparen. Die Analogisierung von Pflegemanagement und Dienstleistungsmanagement wird mit einer kühnen

Selbstverständlichkeit und Leichtigkeit vorgenommen. Der Patient/die Patientin avanciert zum Kunden, der/die in einem sich im Konkurrenzkampf befindlichen Krankenhaus umworben werden muß. Anforderungen an Personalentwicklungsstrategien im Pflegedienst werden von solchen, wie sie in x-beliebigen Dienstleistungsunternehmen gestellt werden, nicht mehr unterscheidbar:

- »intensive Kundenorientierung (Erwartung der Patienten, Bewohner oder Betreuten an die Dienstleistung)
- bedarfsgerechte Beratung
- schnelle Abwicklung von Arbeitsabläufen
- schnelle Änderung bei Klagen
- Betreuung, Beratung und individuelle Hilfsangebote« (Kirchner 1997: 193).

In besonders krasser Weise wird diese neue *Kundenorientierung* deutlich, wenn Pflegeleitungen sich unverhohlen für soziale Selektionen einsetzen und damit tendenziell gegen ethische Prinzipien des chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung verstoßen. »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‹ (...), die je nach Zahlungsbereitschaft bzw. Zahlungsfähigkeit des Patienten oder der Krankenversicherung gewährt würde.« (Simon 1997: 36) Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob Marketing, Dienstleistungsmanagement und ökonomische Steuerungsprinzipien eine geeignete und v.a. ethisch vertretbare Handlungsoption für Pflege und Medizin bieten.

Das einseitige betriebliche Abheben auf Kunden, Absätze, Marktchancen usw. legt den Akteuren ein Korsett an, das im Widerspruch steht zu einem verantwortlichen und professionellen Handeln. Pflege, wie auch die Medizin, benötigen einen autonomen Handlungsrahmen, der sich auch unabhängig und mitunter sogar gegen artikulierte *Kundenwünsche* bewegen kann. Es darf nicht unterschätzt werden, daß auch Patienten/innen zur Stabilisierung gesellschaftlich produzierter Unbewußtheit gegenüber psycho-sozialen Faktoren in der Krankheitsentstehung und in der Krankheitsintervention maßgeblich beitragen und somit ebenfalls als Trendverstärker einer kostenträchtigen, einseitig technisch und kurativ ausgerichteten Krankenhausmedizin wirken. »Im Krankenhaus passen sich nicht nur die Patienten an die zweifellos unverhältnismäßig mächtigeren und wissenden Ärzte und Pfleger an, sondern die Handlungen des therapeutischen Personals sind ebenfalls als Anpassungsreaktionen an die Patienten zu interpretieren. In ihren Reaktionen aufeinander greifen Patienten und therapeutisches Personal auf gängige Thematisierungen

von Pathogenität zurück, die sie in der aktuellen Situation modifizieren und dadurch – mehr oder weniger erweitert – reproduzieren.« (Müller/Behrens 1989: 87) Eine gegenüber dem eigenen Handeln nicht blinde Medizin und Pflege werden es sich zur Aufgabe machen, Patienten/innen Bewußtheit zu ermöglichen, ihnen hierfür den Weg zu ebnen, sie hierin zu begleiten, zu stützen, aber auch zu fördern und mitunter auch zu fordern. Hierfür benötigen beide Berufsgruppen Handlungsautonomie, die mit einer ausschließlich auf den Markt schielenden Kundenorientierung nicht vereinbar ist.

Gemeint ist hier nicht die mitunter anzutreffende arrogante Distanziertheit von Ärzten/innen und Pflegekräften, die ihren Ausdruck findet in Unhöflichkeit, Ruppigkeit oder saloppem und rigidem Umgang mit Patienten/innen. Die Handlungsautonomie darf weder zur Rechtfertigung mangelnder Information und Aufklärung noch zur pauschalen Einschränkung von Patientenselbstbestimmungsrechten von Ärzten/innen und Pflegekräften mißbraucht werden. Im Gegenteil: professionelle Handlungsautonomie setzt einen besonders loyalen und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Kompetenz und dem Expertenwissen, das die Patienten nicht haben können, sowie ein hohes Maß an Empathie und Sensibilität in der Interaktion mit ihnen voraus. Es steht eine Patientenorientierung in Rede, die sich nicht vordergründig von artikulierten Wünschen leiten läßt, sondern die es schafft, auf die dahinterliegenden und nicht selten genug verdeckten Bedürfnisse der Patienten/innen zu blicken (vgl. ausführlich z.B. Heim/Willi 1986; Overbeck 1984; Schwarzer 1990, 1992; Adler u.a. 1994).

So gesehen, kann es bspw. durchaus Ausdruck pflegerischer Kompetenz sein, wenn eine Krankenschwester einen Patienten zu körperlicher Aktivität ermuntert, obwohl dieser lieber im Bett bleiben möchte. Es kann selbst dann angemessen sein, wenn sich die Ehefrau über das insistierende Verhalten der Krankenschwester bei der Krankenhausleitung beklagt. So kann es ebenso kompetentes Handeln sein, wenn eine Krankenschwester eine Patientin etwa nach einem Apoplex bewegt und lagert sowie Mobilisations- und Trainingsprogramme durchführt, obwohl diese lieber in Ruhe gelassen werden will. Bei der Diskussion um Kundenorientierung wird verkannt, daß sich in den Krankenhäusern zum immer größeren Anteil Menschen in Krisen- und Ausnahmesituationen befinden, die hilflos, verängstigt, abhängig, leidend und unsicher sind und so gar nicht in das Bild souveräner und mündiger Kunden passen, mit denen man das Für und Wider alternativer therapeutischer und pflegerischer Verfahrensweisen diskutieren könnte. Diese Menschen haben das Bedürfnis und ein Anrecht darauf, von loyalen Personen betreut zu werden,

die ein professionelles Gespür dafür haben, in welchen Situationen Patientenwünschen entsprochen werden sollte, in welchen mit Patienten verhandelt und in welchen es richtig und legitim ist, auch einmal qua institutioneller Macht und fachlicher Autorität ein bestimmtes Patientenverhalten einzufordern. Gerade in der Betreuung von chronisch Kranken, von psychiatrisch Kranken, Suchtkranken und in Notfallsituationen wäre es zutiefst unprofessionell, das Handeln einseitig auf die Wünsche von Patienten/innen zu orientieren (vgl. z.B. Heim/Willi 1986: 534 ff. u. 542 ff.). Dies wäre ein Beitrag zur Aufrechterhaltung der Unbewußtheit psycho-sozialer Prozesse in der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten. In die Bewertung von Handlungssituationen müssen sich neben den subjektiv artikulierten Wünschen der Patienten/innen auch professionsorientierte Gesichtspunkte eingehen, die Patientenbedürfnisse aufzudecken suchen, die nicht vom Eindruck des Leids und der Hilflosigkeit überformt sind, sondern Chancen für ein sinnerfülltes Leben mit Krankheit und Behinderung eröffnen.

Es kommt hinzu, daß die Kundensouveränität nicht unerheblich durch regionale Faktoren, wie Nähe, Erreichbarkeit und Verkehrsanbindung insbesondere für ältere Menschen die freien Wahlmöglichkeiten, wenn auch nicht prinzipiell, so doch graduell eingeschränkt wird.

Fazit

Der gesundheitspolitisch intendierte Weg, singuläre und inkonsistente pseudo-wettbewerbliche Impulse wirken zu lassen, kann unter den Kontingenten Bedingungen einer staatlich regulierten Steuerungspolitik nicht systemverändernd wirken. Die Qualitätsdiskussion ist appellativ geblieben, die Aufbruchstimmung ist vielenortes verraucht, da erhoffte und versprochene Effekte nicht eintraten und auch nicht eintreten konnten. Die Erfahrungen zeigen, daß an die Betriebe widersprüchliche Steuerungsbotschaften gesendet wurden, die sich gegenseitig paralysieren und damit eher Ratlosigkeit und Demotivation hervorrufen. Dieser Prozeß wird sicherlich auch durch die Träger- und Verbandsvielfalt innerhalb der föderalistischen Strukturen noch verstärkt, in dem eine Orientierung zwischen eigenkreierten Konzepten, Positionen, Zertifizierungen, unterschiedlichen (T)QM-Ansätzen und einem expandierenden Beratermarkt es selbst ausgewiesenen Experten/innen schwer fällt, den Überblick zu behalten.

Neoliberale Positionen zur Preisgabe staatlich verantworteter und regulierter Krankenhausversorgung würden erwartungsgemäß zwar den vielbeschworenen Qualitätswettbewerb bringen, die gesellschaftlichen

materiellen und immateriellen längerfristigen *Kosten* würden allerdings die Vorteile bei weitem überschreiten und eine noch stärkere Dynamik der Privatisierung von Kosten und der Technisierung des Leistungsangebotes zur Folge haben. Hierunter hätten v.a. die Schwächsten im System, Arme, chronisch Kranke und Behinderte zu leiden. Um sie würde kein Wettbewerb stattfinden.

Eine wesentliche gesundheitspolitische Aufgabe der Zukunft sollte es daher sein, ein wirksames externes, praktikables, zentralisiertes, kostengünstiges, möglichst wenig bürokratisches und gleichzeitig durchsetzungskräftiges Instrumentarium zu entwickeln, das den Krankenhäusern Steuerungsimpulse zur Qualitätsoptimierung setzt, denen sie sich nur unter dem Risiko ihrer Bestandssicherung entziehen können. Im Wesentlichen sind es zwei Aufgaben, die gelöst werden müssen:

1. Es bedarf eines von Träger- und Verbandsinteressen unabhängigen Instituts auf Bundesebene mit entsprechenden Dependancen in den Ländern. Das Institut müßte finanziell und personell so ausgestattet sein, daß zügig Maßstäbe und Konzepte zur Qualitätsorientierung, der Aufbau von QM-Ansätzen sowie Instrumente zur effektiven externen Qualitätskontrolle erforscht werden können. Hierbei sollte auch auf die Erfahrungen anderer Länder zurückgegriffen werden.[3]
2. Es bedarf des Aufbaus eines Sanktionierungssystems entlang evaluierter und verbindlicher Qualitätskriterien. Auch hierbei können die Erfahrungen anderer Länder nutzbar gemacht werden. Insbesondere die lange Geschichte der amerikanischen *Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) verspricht ergiebige Erkenntnisse über gangbare Wege effektiver Qualitätskontrollen im Gesundheitswesen (vgl. z.B. Kaltenbach 1993). Hier zeichnet sich ein Trend ab, der sich vom aufwendigen Suchen ›fauler Eier‹ wegbewegt, hin zu einem stärker *verfahrensorientierten* Qualitätsansatz, der in Form eines 10-stufigen Rahmenprogramms den einzelnen Einrichtungen ausreichend Spielräume zum Aufbau und Betrieb eigener Managementkonzepte beläßt, aber sehr wohl ausreichend Orientierung für vergleichende externe Kontrollen bietet (vgl. Katz/Green 1996). Als private Organisation akkreditiert die JCAHO auf *freiwilliger* Basis in regelmäßigen Abständen die Gesundheitseinrichtungen. »Der Anreiz zur Akkreditierung wird für die Krankenhäuser dadurch verstärkt, daß sie vom Staat als ›Condition of Participation‹ und den staatlichen Krankenversorgungsprogrammen Medicare und Medicaid anerkannt wird.« (Kaltenbach 1993: 121)

Die deutsche Rezeption eines solchen Modells könnte darauf hinaus laufen, daß einer unabhängigen Institution die externe Kontrolle über die

Krankenhäuser übertragen wird. Diese Rolle sollte vom öffentlichen Gesundheitswesens übernommen werden, könnte aber auch bei entsprechender Weiterentwicklung und nachgewiesener Unabhängigkeit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) übertragen werden. Nur akkreditierte Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen sollten in Zukunft von den Kassen Versorgungsaufträge für Einzelleistungen oder Leistungspakete erhalten dürfen, die den Nachweis plausibler Qualitäts- und Kostenkontrolle auf akzeptiertem Niveau erbringen. Die Verpflichtung zu einer engen Zusammenarbeit zwischen den Akkreditierungsstellen und dem oben genannten Institut ergibt sich zwangsläufig. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß nach dem Referentenentwurf für die »GKV-Gesundheitsreform 2000« der MDK auch mit der Qualitätskontrolle von den Kassen beauftragt werden sollte (§ 113), was als eine wichtige Weichenstellung hätte angesehen werden können. Im verabschiedeten Gesetz ist diese Option nun nicht mehr enthalten.

Insgesamt geht das Gesetzeswerk zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings sehr viel konkreter als bisher auf einzelne Qualitätsanforderungen ein. Insbesondere wurde auch explizit die Verpflichtung zum Aufbau internen Qualitätsmanagements aufgenommen. Die »historisch gewachsene komplizierte Regulierungsstruktur des Krankenhauses mit seinen zahlreichen Akteuren und Vetopositionen (bedeuten) hohe Hürden gegen Reformen« (Rosenbrock 1998: 77) und wurde mit dem neuen Gesetz nicht verlassen. Sicherlich wird der gemeinschaftliche Diskussionsdruck erhöht, jedoch läßt die heterogene Interessenstruktur keine durchgreifenden und ausreichend orientierenden Steuerungseffekte für die Krankenhäuser erwarten.

Korrespondenzadresse:
Peter Stratmeyer
Fachhochschule Hamburg
Fachbereich Sozialpädagogik
Saarlandstr. 30, 22303 Hamburg
E-Mail: peter.stratmeyer@t-online.de

Anmerkungen

1 Im Zeitraum von 1975 bis 1995 sank die Gesamtzahl der Krankenhausbetten von ca. 912 000 auf 791 000. (Rosenbrock 1998: 52)

2 Nicht unerwähnt darf allerdings bleiben, daß auch Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zumindest sporadisch Plausibilitätskontrollen zu Patientenaufnahmen und Liegezeiten durchführen.

3 So wird in jüngster Zeit diskutiert, inwieweit insbesondere das niederländische Qualitätsinstitut CBO (Central Begleidungsorgan vor de Intercollegiale Toetsing) als Orientierung dienen könnte (vgl. Rameil 1999), das auch bereits in Deutschland eine Reihe von Modellversuchen begleitet hat.

Literatur

Adler, R (Hg.) (1994): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 3. Auflage, Stuttgart; New York: Schattauer

Badura, B. (1997): Strategisches Krankenhausmanagement. In: Spörkel et al. (1997): 61-76

Badura, B.; Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München: Juventa

Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa

Bungart, W. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. In: Spörkel et al. (1997): 77-90

De Ridder, M.; Dißmann, W. (1999): Alptraum Medizin. URL:http//www.spiegel.de/spiegel/o,1518,39778,00.html

Dreßler, R. (1999): Strukturwandel in der stationären Versorgung: Perspektiven und Lösungsansätze. In: f&w, 16/5-6: 273-280

Ehmke, D.; Stratmeyer, P. (2000): Total Quality Management und Kundenorientierung in Pflege Medizin und sozialer Arbeit. In: Standpunkt Soziales. Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik (i.E.)

Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihre Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen. In: Badura/Feuerstein/Schott (1993): 41-67

Graf, V., et al. (1998): Ein Krankenhaus im Reformprozeß: Total Quality Management in der Praxis. Melsungen: Bibliomed

Greulich, A.; Thiele, G.; Thiex-Kreye, M. (1997): Prozeßmanagement im Krankenhaus. Schriftenreihe zum Managementhandbuch Krankenhaus: Bd. 8. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag

Heim; E.; Willi, J. (1986): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2 Klinik und Praxis. Berlin; Heidelberg; New York: Springer

Hoffacker, P. (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich. In: Spörkel et al. (1997): 14-24

Holm, C. (1999): Medizin: Ende eines Traumberufs. In: Der Spiegel, 29: 38-39

Janßen, H. (1997): Total Quality Management im Gesundheitswesen. In: Spörkel et al. (1997): 1-13

Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Managements, 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed

Katz, J.; Green, E. (1996): Qualitätsmanagement: Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby

Kirchner, H. (1997): Kundenfreundlichkeit wird die Stellung des Krankenhauses bestimmen. In: Deutsche Pflegezeitschrift, 50/4: 192-193

Kühn; H. (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P96-207). Berlin: Selbstverlag

Meffert, H.; Bruhn, M. (1997): Dienstleistungsmarketing: Grundlagen – Konzepte – Methoden, 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler

Müller, M.-L. (1997): Professionalisierung im Pflegemanagement. Professionalisierung der unternehmerischen Funktion des Pflegemanagements. In: Balk-Info. 8/25: 38-39

Müller; R.; Behrens, J. (1989): Krankenhausarbeit als Gegenstand von Medizinsoziologie und Arbeitswissenschaft. In: Deppe, H-.-U.; Friedrich, H.; Müller, R. (Hg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt/M.; New York: Campus

o.V. (1997): Feilschen um jede Mark. In: Der Spiegel, 42: 73-74

Overbeck, G. (1984): Krankheit als Anpassung. Der sozio-psychosomatische Zirkel. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Rameil, A. (1999): Qualitätsentwicklung in den Niederlanden: Ein Modell für Deutschland?! In: Dr. med. Mabuse 24/119: 23-25

Ries, h.c.: Rhön-Klinikum. Not der Krankenhäuser – Chance für Übernahmen. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 30.5.1996

Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P98-203). Berlin: Eigenverlag

Sass, H.-M. (1997): Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum der Zukunft. In: Spörkel, et al. (1997): 46-60

Schelter, W. (1994): Marktlogik. Die Auswirkungen des GSG auf die Krankenhäuser. In: Dr. med. Mabuse 19/89: 34-37

Schmidbauer, W. (1997): Vertrauen durch Qualität. In: Spörkel et al. (1997): 25-31

Scholz-Hartheim, R.; Schoppe, C.; Walger, M. (1999): Qualitätssicherung in der stationären Versorgung: Gesetzliche Grundlagen und Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner, 2. Auflage, Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft

Schuber, H.-J.; Zink, K.-J (1997). In: Spörkel, et al. (1997): 169-183

Schwarzer, R. (Hg.) (1990): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Schwarzer, R. (Hg.) (1992): Gesundheitspsychologie Bd. 1. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe

Servicestelle Qualitätssicherung (1998): Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten: Eine Verfahrenbeschreibung. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Seyfarth-Metzger et al. (1996): Städtisches Krankenhaus München-Schwabing: Qualitätsbericht und Qualitätsentwicklungsplan 1996/97. München: Eigenverlag

Seyfarth-Metzger et al. (1997): Städtisches Krankenhaus München-Schwabing: Qualitätsbericht und Qualitätsentwicklungsplan 1997/98. München: Eigenverlag

Seyfarth-Metzger et al. (1998): Städtisches Krankenhaus München-Schwabing: Qualitätsbericht und Qualitätsentwicklungsplan 1998/99. München: Eigenverlag

Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P97-204). Berlin: Eigenverlag

Spörkel, H. et al. (1997): Total Quality Management im Gesundheitswesen: Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen, 2. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union

Verband der Krankenhausdirektoren e.V. (Hg.) (1997): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Krankenhaus: Eine Handreichung zur Orientierung. Duisburg: Eigenverlag