

Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Krankenhausfinanzierung

Anmerkungen zum zweiten

Zwischenbericht der Begleitforschung zur BPflV 1995

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde eine umfassende Reform der Krankenhausfinanzierung eingeleitet, die in einer neuen Bundespflegegesetzverordnung und der Dritten Stufe der Gesundheitsreform ihre Fortsetzung fand. Wesentliche Merkmale der neuen Krankenhausfinanzierung sind die Begrenzung des Anstiegs der Krankenhausbudgets (Budgetdeckelung) und die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem, in dessen Zentrum Sonderentgelte und Fallpauschalen stehen. Sowohl die Budgetdeckelung als auch die Vorgabe pauschalierter Entgelte sind mit Risiken für die Qualität der Patientenversorgung verbunden, da überdurchschnittliche Behandlungskosten zu einem wirtschaftlichen Risiko für das Krankenhaus werden. Mögliche Strategien zur Vermeidung der Risiken sind die Abweisung oder Weiterverlegung besonders Behandlungsaufwendiger Patienten, zu frühe Entlassung oder Verlegung in die Rehabilitation oder der Einsatz qualitativ schlechterer Verfahren und Materialien. Da diese Risiken bereits im Vorfeld der aktuellen Reform bekannt waren und die Reform sehr kontrovers diskutiert wurde, mußte die Bundesregierung auf Verlangen der Länder den Umstellungsprozeß durch eine wissenschaftliche Begleitforschung evaluieren lassen.

Anfang März 1998 wurde nun der zweite Zwischenbericht der offiziellen Begleitforschung zur Umsetzung der Bundespflegegesetzverordnung 1995 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht (ARGE 1998).¹ Der Bericht bezieht sich auf den Erhebungszeitraum 1996 und wurde vom Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) und Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung erstellt, die für die Begleitforschung eine Arbeitsgemeinschaft (ARGE Begleitforschung BPflV 1995) gebildet haben. Im folgenden Beitrag werden die aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wichtigsten Ergebnisse des zweiten Zwischenberichts zusammengefaßt und diskutiert.

1. Hintergrund und Vorgeschichte der Begleitforschung

Die Begleitforschung zur Bundespflegegesetzverordnung 1995 geht auf eine Entschließung des Bundesrates vom 8. Juli 1994 zurück, in der die

Bundesregierung aufgefordert wurde, die Einführung des neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich durch eine wissenschaftliche Untersuchung begleiten zu lassen: »Die Bundesregierung wird gebeten, sicherzustellen, daß die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens drei Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleitet wird. Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden. Hierzu soll ein Beirat gebildet werden, in dem Vertreter der Gesundheitsressorts der Länder, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Ärzteschaft vertreten sind. Der Beirat soll beim Bundesministerium für Gesundheit angebunden werden. Dem Beirat soll es insbesondere obliegen, die Fragestellungen der Begleitforschung zu konkretisieren und die Entwicklung der Untersuchung kontinuierlich zu begleiten. Während dieser drei Jahre wird die Einführung des Krankenhausvergleichs nach § 5 zurückgestellt.« (Bundesrats-Drucksache 381/2/94: 14)

Den Hintergrund der EntschlieÙung bildete eine mehrjährige intensive und teilweise auch sehr kontroverse Diskussion über die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem, bestehend aus Basispflegesatz, Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen.² Wegen der absehbaren Risiken für die Qualität der stationären Versorgung empfahl eine 1992 von der Bundesregierung berufene Expertengruppe die Durchführung einer wissenschaftlichen Begleitung des Umstellungsprozesses, um gegebenenfalls notwendige Korrekturen kurzfristig vornehmen zu können (Expertengruppe Entgeltsysteme 1993: 2). Auch von seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde eine Begleitforschung als notwendig angesehen (DKG/GKV 1995), da es sich bei der Reform – so ein Mitglied der DKG-Führung – um ein »Massenexperiment mit nicht vorhersehbaren Auswirkungen für die Krankenhausversorgung und die Patienten« (Regler 1994: 4) handele.

Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde die Empfehlung jedoch nicht aufgegriffen, der 1994 vorgelegte Regierungsentwurf einer neuen Bundespflegesatzverordnung sah keine Begleitforschung vor. Erst als der Bundesrat im Juli 1994 in einer EntschlieÙung seine Zustimmung zum Regierungsentwurf einer Bundespflegesatzverordnung 1995 u.a. auch von der Durchführung einer mindestens dreijährigen

Begleitforschung abhängig machte, war die Bundesregierung zur Durchführung dieses Forschungsprojektes gezwungen. Auch wenn die Entschließung des Bundesrates im Ton freundlich gehalten ist, sie war Ausdruck scharfer Kontroversen zwischen den für die Krankenhausversorgung zuständigen Länderressorts und dem BMG über die Reform der Krankenhausfinanzierung. Auf seiten der zuständigen Länderressorts gab es starke Bedenken gegen das »Großexperiment« (Müller 1993: 504) der Umstellung auf ein neues Entgeltsystem, insbesondere weil davon ausgegangen wurde, daß die Einführung von Fallpauschalen mit erheblichen Risiken für die Qualität der stationären Versorgung verbunden ist.³ Einige Ländervertreter gingen sogar soweit, daß sie die Fortführung des Experiments von den Ergebnissen der Begleitforschung abhängig machen wollten: »Letztlich wird von den Ergebnissen der Begleitforschung abhängen, ob das Massenexperiment ›neues Entgeltsystem‹ mit den zugrunde liegenden Bewertungsrelationen gestützt wird oder sich als zu korrigierender Irrweg erweist.« (Obst 1994: 353)

Die Notwendigkeit einer Begleitforschung wurde in der Entschließung des Bundesrates insbesondere mit den erwarteten Risiken für die Qualität der Patientenversorgung begründet, dennoch erfaßt die jetzt stattfindende Begleitforschung gerade diesen Bereich nicht oder nur unzureichend. Die beiden Institute hatten dem BMG zwei Untersuchungsmodule angeboten:

- das Modul 1 sollte auf betriebswirtschaftliche Aspekte gerichtet sein, und z.B. die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf die Kosten- und Erlössituation der Krankenhäuser, beobachtbare Veränderungen von Leistungsstrukturen und Leistungsmengen, Anteile der einzelnen Entgeltformen an den Gesamteinnahmen der Krankenhäuser etc. erfassen,
- das Modul 2 sollte dagegen als »patientenbezogene Untersuchung« (ARGE 1997: 7) die Veränderungen der Versorgungsqualität analysieren.

Obwohl sich der vom BMG berufene Beirat »Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995« für die Ergänzung um die patientenbezogene Analyse aussprach (ARGE 1997: 8), beschränkte das BMG seinen Auftrag auf das Modul 1. Die Beschränkung führt nach Einschätzung der Forschungsinstitute dazu, »daß mögliche Veränderungen auf der Patientenebene im Hinblick auf die Behandlung nicht bzw. nur unzureichend einbezogen werden können und somit letztlich ein zentraler Aspekt der Wirkungen auf die Leistungsqualität unberücksichtigt bleibt« (ebd.: 7). Es drängt sich die Frage auf, ob nicht genau dies politisch gewünscht ist. Denn würde die offizielle Begleitforschung zu dem

Ergebnis führen, daß das neue Entgeltsystem Risikoselektion, Entstehung oder Verlängerung von Wartelisten, sozial ungleiche Verteilung von Versorgungschancen, Veränderung der Indikationsstellung durch Kosten-Erlös-Kalküle etc. provoziert, könnte dadurch die Zukunft des neuen Entgeltsystems gefährdet werden. Dieses Risiko scheint das BMG mit der Beschränkung auf eine rein ökonomische Forschung vermeiden zu wollen.

2. *Zur Methodik der Begleitforschung*

Da die Begleitforschung auf eine möglichst große Stichprobe und repräsentative Ergebnisse abzielt, werden quantitative Forschungsmethoden angewandt. Zentrales Erhebungsinstrument ist ein standardisierter Fragebogen, der jährlich an Krankenhäuser und »sonstige relevante Beteiligte« verschickt wird. Die Stichprobe der Krankenhäuser umfaßte für den Erhebungszeitraum 1996 insgesamt 596 Krankenhäuser, der Versand der Fragebögen für den Erhebungszeitraum 1996 erfolgte im Juni 1997. In die Auswertung wurden 445 Krankenhäuser einbezogen (ARGE 1998: 11, 26), das entspricht – bezogen auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser – einem Anteil von ca. 20%. Als »sonstige relevante Beteiligte« wurden 28 Verbände der Krankenhausträger, 88 Verbände der Kostenträger (GKV, PKV), 16 Gesundheits- und Sozialministerien der Länder, 18 Ärztekammern, 17 Medizinische Dienste der Krankenversicherung und 6 Verbände der Krankenhausberufe befragt (ebd.: 13f.).

Zu den in die Auswertung eingegangenen Antworten ist festzuhalten, daß pro Krankenhaus nur ein Fragebogen verschickt wurde. Es kann wohl davon ausgegangen werden, daß dieser Bogen in der Regel vom jeweiligen kaufmännischen Leiter oder in dessen Auftrag von Mitarbeitern der Verwaltung ausgefüllt wurde. Dies ist insofern von Bedeutung, als damit vor allem die Sichtweise der Verwaltungsleitungen in die Auswertung eingegangen ist. Krankenhäuser sind aber hochkomplexe Organisationen, mit zahlreichen verschiedenen Berufsgruppen, unterschiedlichen und vielfach auch gegensätzlichen Interessen und Sichtweisen, die nicht in einer Antwort je Krankenhaus zusammengefaßt werden können, ohne wichtige Bereiche der Krankenhauswirklichkeit auszublenden. Komplexität und Widersprüchlichkeit der unterschiedlichen Erfahrungswelten konnten somit allein schon durch die Wahl der Methode nicht erfaßt werden.

Bei der Erhebung statistischer Daten über Kosten und Leistungsmengen ist dies im Prinzip unproblematisch. Sobald aber nach Auswirkungen

auf die Qualität der Patientenversorgung oder Arbeitsbedingungen gefragt wird, stehen die Antworten unter dem Vorbehalt, daß sie nur die Perspektive einer Akteursgruppe im Krankenhaus repräsentieren, die dazu noch mit eigenen mikropolitischen wie auch materiellen Interessen in die Problematik verstrickt ist. Der Zugang zu den Auswirkungen auf die Patientenversorgung und Arbeitsbedingungen kann – wenn überhaupt – nur sehr unzureichend über die Verschickung eines standardisierten Fragebogens je Krankenhaus erreicht werden. Dennoch aber liefert der Bericht auch für diesen Bereich einige aufschlußreiche Ergebnisse.

3. *Ergebnisse der Begleitforschung für das Jahr 1996*

Standen im ersten Zwischenbericht (ARGE 1997) die sogenannten »Umsteigerkrankenhäuser« – also Krankenhäuser, die bereits zum 1. Januar 1995 auf das neue Pflegesatzrecht umgestiegen waren – und Prognosen der sonstigen Beteiligten über zu erwartende Auswirkungen des neuen Entgeltsystems im Mittelpunkt, so gingen in den zweiten Zwischenbericht die Erfahrungen des ersten Jahres der bundesweiten Anwendung des neuen Entgeltsystems ein. Entsprechend der Beschränkung des Forschungsauftrags wurden vor allem Angaben zu Veränderungen im Bereich der Kosten, Leistungsmengen und Erlöse erhoben und ausgewertet. Aus gesundheitspolitischer Sicht enthält der Bericht einige interessante Ergebnisse, die insbesondere über die bisherige Umsetzung von Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und nachfolgender gesundheitspolitischer Interventionen Auskunft geben.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde den Krankenhäusern die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung sowie ambulanter Operationen ermöglicht. Diese neuen Leistungsformen haben bislang jedoch kaum Bedeutung erlangt. Zwar führte die Hälfte der Krankenhäuser im Jahr 1996 vor- und nachstationäre Behandlung durch, allerdings nur bei einem verschwindend geringen Anteil der Patienten. 1996 wurden lediglich 1,6% der Patienten vor- und 2% nachstationär behandelt (ARGE 1998: 36). Ähnlich stellt sich die Situation beim ambulanten Operieren dar. Zwar führten 1996 38,3% der Krankenhäuser ambulante Operationen durch, der Anteil der Erlöse aus dem ambulanten Operieren entsprach im Durchschnitt aber nur ca. 0,1% der Gesamteinnahmen (ebd.: 40). Ambulantes Operieren ist immer noch eindeutig eine Leistung der niedergelassenen Operateure: auf eine ambulante Operation im Krankenhaus kamen 1996 27 ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich (ebd.: 38).

Relativ ausführlich befaßt sich der zweite Zwischenbericht mit der

Umsetzung und ökonomischen Bedeutung der neuen Entgeltformen, insbesondere der Sonderentgelte und Fallpauschalen. In den in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäusern wurden 1996 17,9% der Fälle über Fallpauschalen und 7,6% über Sonderentgelte abgerechnet (ebd.: 29). Auf Fallpauschalenpatienten entfielen ca. 15% der Belegungstage und auf Sonderentgeltpatienten ca. 6% (ebd.: 31f.). Aus beiden Entgeltformen erzielten die Krankenhäuser zusammen ca. 23% ihrer Gesamterlöse (ebd.: 39).

3.1 Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Aus den Antworten der befragten Krankenhäuser geht auch hervor, daß vor allem die Fortsetzung der Budgetdeckelung durch das »Gesetz zur Stabilisierung der Krankenausgaben 1996« (Stabilisierungsgesetz/StabG) zu einschneidenden Veränderungen von Arbeitsbedingungen im Krankenhaus geführt hat. So gaben 35,3% der Krankenhäuser an, im Jahr 1996 Stellen im ärztlichen Dienst aus Kostengründen zeitweise nicht besetzt zu haben, für den Pflegedienst liegt die Quote sogar bei ca. 50% (ARGE 1998: 96f.). Während im ärztlichen Dienst der Trend offenbar zur Erhöhung des Anteils von Ärzten mit abgeschlossener Facharztausbildung geht, zeichnet sich für den Pflegedienst ein Trend zur Dequalifizierung ab. Insgesamt gaben knapp 10% der Krankenhäuser an, den Anteil der geringer qualifizierten Kräfte im Pflegedienst 1996 erhöht zu haben (ebd.: 98). 24% der Krankenhäuser haben Vollzeit- in Teilzeitstellen und 32,2% der Kliniken haben unbefristete in befristete Arbeitsverhältnisse umgewandelt (ebd.: 99). Einen Stellenabbau im ärztlichen Dienst haben 15,4% der Krankenhäuser und im Pflegedienst sogar 38,7% vorgenommen (ebd.: 96f.). Die weit überwiegende Mehrheit der befragten Krankenhäuser (ca. 80%) gab an, daß es als Folge der Budgetdeckelung und Umstellung auf das neue Entgeltsystem zu einer Erhöhung der Arbeitsintensität im Krankenhaus gekommen ist (ebd.: 100).

Die Verknappung von Ressourcen hat in Krankenhäusern offenbar auch die Kooperationsbeziehungen belastet. Immerhin knapp 20% der Krankenhäuser gaben an, daß die Budgetdeckelung und Einführung des neuen Entgeltsystems die Kooperation im Krankenhaus erschwert und Konflikte zwischen den Berufsgruppen (26%) und Abteilungen (29,3%) verursacht bzw. verschärft (ARGE 1998: 61f., 101). Leider erfolgte keine differenzierte Analyse der Gründe, die Entwicklung dürfte aber vor allem auf die interne Budgetierung und Aufspaltung des Krankenhausbudgets

in einzelne Abteilungsbudgets sowie die Erhöhung der Arbeitsintensität zurückzuführen sein.

Die Ergebnisse der Begleitforschung liefern interessante Einblicke in organisationsinterne Veränderungen, decken aber leider nur einen Teil der aktuellen Veränderungen von Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern ab. Das Bild muß ergänzt werden um weitere Trends, die für eine Bewertung von Bedeutung sind. So wird im ärztlichen Dienst teilweise die Laufzeit von Verträgen für Ärzte in der Facharztausbildung verkürzt, auch zeichnet sich im Pflegedienst eine Stigmatisierung älterer Pflegekräfte ab, da sie überdurchschnittliche Personalkosten verursachen. Arbeitsvertrags- und Tarifvertragsbedingungen verändern sich zum Nachteil der Beschäftigten, z.B. wenn infolge einer Rechtsformänderung das Krankenhaus aus dem Zuständigkeitsbereich des BAT fällt. Outsourcing und verstärkter Bettenabbau führen zu einer zunehmenden Verunsicherung von Arbeitsverhältnissen im Krankenhausbereich (Simon 1997a).

3.2 Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung

Auch wenn das BMG den Instituten keinen Auftrag zur Erforschung der Auswirkungen der aktuellen Reform auf die Patientenversorgung erteilt hat, so wurden für das Erhebungsjahr 1996 dennoch sowohl die Krankenhäuser als auch die sonstigen Beteiligten nach einzelnen Aspekten dieses Problembereichs befragt und vorliegende Leistungsdaten daraufhin analysiert. Die Institute gingen bei ihrer Untersuchung davon aus, daß die Umstellung auf das neue Entgeltsystem insbesondere mit folgenden *Risiken für die Patientenversorgung* verbunden ist (ARGE 1998: 129ff.):

- zu frühe Entlassung nach Hause,
- zu frühe Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung,
- Risikoselektion (Abweisung oder Verlegung besonders behandlungsaufwendiger Patienten),
- zeitliche Verschiebung von Behandlungen in nachfolgende Budgetzeiträume, wenn das Budget bereits vor Ende des Jahres ausgeschöpft wurde,
- Unterlassung medizinisch notwendiger Einzelleistungen im Einzelfall,
- Einsatz qualitativ schlechterer Präparate und Materialien,
- Nichtanwendung neuer sinnvoller, aber kostenaufwendiger Verfahren die im Rahmen des Entgeltsystems nicht finanziert werden,
- Beeinträchtigung der Versorgungsqualität durch Einsparungen im Personalkostenbereich,

– Beeinträchtigung des Qualitätsmerkmals »Wohnortnähe« durch eine stärkere Spezialisierung.

Da nur ein Teil dieser Risiken über standardisierte Fragebögen oder die Analyse von Leistungsdaten der Krankenhäuser erfaßbar ist, können die im Rahmen der Begleitforschung erhobenen Daten nur sehr beschränkt Auskunft über Veränderungen der Versorgungsqualität geben. So ist z.B. in Abteilungen, die einen überdurchschnittlichen Anteil an Fallpauschalenpatienten versorgten, der stärkste *Verweildauerrückgang* zu verzeichnen (ARGE 1998: 54). Das allein – darauf weisen auch die Institute hin – beantwortet aber noch nicht die entscheidende Frage, ob Patienten teilweise auch zu früh entlassen oder verlegt wurden (ebd.: 138). Daten, die Anhaltspunkte dafür liefern könnten, wie z.B. Angaben über Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen aufgrund von Komplikationen, wurden nicht erhoben.

Einige Veränderungen konnten mittels der eingesetzten Methoden aber dennoch festgestellt werden. So gaben 13 % der Krankenhäuser (Unikliniken: über 20 %) an, daß sie aufgrund der Budgetdeckelung 1996 *Wartelisten* eingeführt bzw. erweitert haben (ARGE 1998: 82). Seit dem Inkrafttreten der Budgetdeckelung im Jahr 1993 werden vielfach Behandlungen in einen folgenden Budgetzeitraum verschoben, wenn das laufende Budget bereits vor Ende des Jahres ausgeschöpft ist. Infolge der aktuellen Reform hat auch die Zahl der *internen Verlegungen* zwischen den verschiedenen Abteilungen deutlich zugenommen (ebd.: 53) – offenbar eine Auswirkung von interner Budgetierung und verstärktem Controlling der Leistungsentwicklung. Medizinische Abteilungen sehen sich zunehmend der Forderung ausgesetzt, ihre Verweildauer zu senken, und erreichen dies u.a. durch frühere Verlegung von Patienten in weiterbehandelnde Abteilungen, die wiederum bestrebt sind, ihre Patienten nach Abschluß der unmittelbaren postoperativen Phase möglichst schnell wieder zurückzuverlegen. Diese Entwicklung sollte nach Auffassung der Institute in den nächsten Jahren weiter beobachtet werden (ebd.). Insbesondere dürfte es interessant sein zu untersuchen, inwieweit die Zunahme der internen Verlegungen im Zusammenhang zur berichteten Zunahme interner Konflikte zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen steht (ebd.: 101).

Im Gefolge der aktuellen Reformen hat der Umfang von *Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen* zugenommen (ARGE 1998: 80). Von den befragten Krankenhäusern gaben 11,1 % an, 1996 mehr Patienten in Rehabilitationseinrichtungen verlegt zu haben, und 22,4 % der Kliniken haben ihre Patienten früher in die Rehabilitation verlegt. Die Feststellung der Institute, dieser Trend sei »nicht unbedingt negativ zu beurteilen«

(ARGE 1998: 80), da ein früherer Beginn der Rehabilitation für die Patienten vorteilhaft sein könnte, trifft allerdings nur einen Teil der Wirklichkeit. Sicherlich ist für einen Teil der Patienten die frühere Verlegung vorteilhaft, vorausgesetzt, sie sind bereits in einem rehabilitationsfähigen Zustand. Werden jedoch Patienten in einem noch nicht rehabilitationsfähigen Zustand verlegt, ist dies mit gesundheitlichen Risiken verbunden, da Rehabilitationseinrichtungen (bislang) in der Regel nicht auf die Versorgung von Akutpatienten eingerichtet sind. Immerhin schätzte das BMG diese Risiken als so ernstzunehmend ein, daß es in der 1997 vorgelegten 5. Änderungsverordnung zur BpflV 1995 darauf reagierte und für einen Teil der Fallpauschalen ab 1998 die Aufteilung in eine A-Pauschale für die Akutbehandlung und eine B-Pauschale für die Weiterbehandlung vorgab. Damit sollte der ökonomische Anreiz zu einer zu frühen Verlegung in die Rehabilitation entschärft werden.

Eine Entwicklung, die bereits mehrfach Anlaß zu Pressemeldungen gab und in der Fachliteratur unter den Begriffen »Seehofer-Verlegungen« (Montgomery 1996: 54) oder »Patiententourismus« (Schmelzer/Klask 1996) diskutiert wird, ist die Zunahme von *Verlegungen behandlungsaufwendiger Patienten* in andere Krankenhäuser, vor allem von kleineren Kliniken in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen.⁴ Hier kommen die Institute zu dem Ergebnis: »Veränderungen in der Verlegungspraxis zwischen den Krankenhäusern aufgrund des neuen Entgeltsystems wurden nicht festgestellt.« (ARGE 1998: 34) Diese Aussage steht in eindeutigem Widerspruch zu den im Bericht wiedergegebenen Befragungsergebnissen. Die Befragung der Krankenhäuser hat – nach eigenen Aussagen der Institute, allerdings an anderer Stelle des Berichts platziert – ergeben, daß externe Verlegungen »vor allem zu Lasten der großen Krankenhäuser und Hochschulkliniken« erfolgten (ebd.: 81; zu den entsprechenden Daten vgl. den Anhangsband zum Zwischenbericht: Anhang 2, Tab. 8A). Und weiter: »25,7% der Häuser mit mehr als 600 Betten und 61,1% der Hochschulkliniken verzeichneten mehr Aufnahmen aus anderen Krankenhäusern. Jedoch machen nur die Hochschulkliniken für diese Entwicklung mehrheitlich das neue Entgeltsystem sowie gleichermaßen das Stabilisierungsgesetz verantwortlich.« (Ebd.) Dazu ist zunächst einmal festzuhalten, daß aus gesundheitspolitischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht nicht nur die Veränderungen der Verlegungspraxis interessieren, die sich aus dem neuen Entgeltsystem ergeben, sondern alle, die als Reaktion auf die aktuellen Veränderungen der Krankenhausfinanzierung erfolgten.

Daß es zu deutlichen Veränderungen gekommen ist, belegen auch weitere Ergebnisse im Zwischenbericht. Zwar wurden 1996 im Durchschnitt aller Krankenhäuser nur 3,4% der Patienten in ein anderes Allgemeinkrankenhaus verlegt, zwischen den einzelnen Fachabteilungen zeigten sich allerdings deutliche Unterschiede. Während in der HNO nur 0,5% der Patienten verlegt wurden, waren es z.B. in der Kardiologie 9,5%, der Neurochirurgie 13,2% und der Herzchirurgie 43% (ARGE 1998: 52).

Allein schon diese Anhaltspunkte und die auch den Instituten bekannten Berichte über die Zunahme der Verlegungen behandlungsaufwendiger Patienten lassen eine weitergehende Analyse des erhobenen Datenmaterials notwendig erscheinen. So wäre u.a. eine nach Trägerschaft differenzierte Analyse der Verlegungsdaten sehr interessant gewesen, da unter der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Krankenhausträgerschaft zu beobachten waren. Die stärksten Steigerungsraten bei externen Verlegungen wiesen die (hochspezialisierten kleineren) privaten Krankenhäuser auf (Simon 1996, 1997b).

Weitergehende Analysen wurden von den Instituten jedoch mit der Begründung abgelehnt, daß an der Glaubwürdigkeit der Krankenhausangaben »Zweifel angebracht sind« (ARGE 1998: 81). Die Zweifel wurden damit begründet, daß das Saldo von Verlegungen und Aufnahmen »nicht erwartungsgemäß ausgeglichen« (ebd.) war. Während 6% der Krankenhäuser angaben, mehr Verlegungen in andere Krankenhäuser durchgeführt zu haben, betrug die Quote der Kliniken, die mehr Patienten aus anderen Krankenhäusern übernommen hatten, 10,7% (ebd.). »Angesichts dieser Diskrepanzen erscheint der Arbeitsgemeinschaft eine eingehendere Analyse des Verlegungsverhaltens nicht opportun.« (Ebd.) Diese Begründung kann nicht überzeugen. Die Diskrepanz belegt weder die Unaufrichtigkeit eines Teils der antwortenden Krankenhäuser noch »systematische Erfassungsfehler« (ebd.: Fußnote 34). Sie belegt lediglich, daß die Zahl der Krankenhäuser, die vermehrt verlegt haben, kleiner war als die Zahl der Kliniken, die vermehrt Patienten aus anderen Krankenhäusern übernommen haben. Es bleibt zu diesem Punkt festzuhalten, daß die Möglichkeiten einer differenzierten Analyse der vorliegenden Leistungsdaten – aus welchen Gründen auch immer – bewußt nicht genutzt wurden.

Ein weiterer Bereich, in dem es infolge der geänderten Krankenhausfinanzierung zu Veränderungen kam, sind *Diagnostik- und Therapiestandards*. So wird in Beiträgen der Fachliteratur berichtet, daß aufgrund unzureichender Kostendeckung bei einzelnen Fallpauschalen und

Sonderentgelten teilweise neuere, für Patienten günstigere, aber teure Verfahren nicht eingesetzt werden und statt dessen auf ältere, weniger kostenaufwendige, aber für Patienten ungünstigere Verfahren und Materialien zurückgegriffen wird.⁵ Im Rahmen der Begleitforschung wurde auch dieser Problembereich angesprochen, allerdings wurden nicht die Krankenhäuser befragt, sondern nur die »sonstigen relevanten Beteiligten« aus Verbänden und zuständigen Länderministerien (ARGE 1998: 89). Den Krankenhäusern »wurden die entsprechenden Fragen nicht vorgelegt, hätten sie doch indirekt die Qualität ihrer eigenen Leistungen beurteilen müssen« (ebd.).

Sicherlich wäre es wenig sinnvoll gewesen, die kaufmännischen Leitungen der Krankenhäuser zu diesem Thema zu befragen. Die Alternative, sich nur auf die Angaben von Akteuren aus Verbänden und Länderministerien zu stützen, kann aber ebensowenig überzeugen, da Veränderungen von Diagnose- und Therapiestandards aufgrund von Kosten-Erlös-Erwägungen, die auch nach Einschätzung der behandelnden Ärzte zu Qualitätseinbußen führen, nur in den seltensten Fällen offengelegt werden, sondern in der Regel im Rahmen einer »heimliche(n) Rationierung« (Blech 1998) erfolgen. »Die Rationierung findet im Kopf des Arztes statt, mit Blick auf das Budget.« (Onkologe an den Städtischen Kliniken Oldenburg, zit. n. Blech 1998) Zur Erfassung dieser Veränderungsprozesse sind quantitative Methoden der Sozialforschung letztlich nicht in der Lage, insbesondere, wenn nur Verbände und Länderbehörden befragt werden.⁶ An diese Phänomene kann sich wissenschaftliche Forschung nur mittels qualitativer Methoden herantasten, etwa durch qualitative Interviews mit Krankenhausärzten, denen strikte Anonymität zugesichert wird (vgl. exemplarisch zu den möglichen Ergebnissen: Kuhlmann 1997).

Hätten sich die Institute vor diesem Hintergrund auf ihre Feststellung beschränkt, zu diesem Thema könnten aufgrund methodischer Beschränkungen »kaum valide Angaben gemacht werden« (ARGE 1998: 138), so wäre ihnen zuzustimmen. Nicht nachvollziehbar ist es jedoch, warum sie dennoch – auf der nachfolgenden Seite des Berichts – zu der Schlußfolgerung gelangen, »daß nennenswerte qualitätsmindernde Einschränkungen von Diagnostik- und Therapiestandards im ersten Jahr der flächendeckenden Anwendung des neuen Entgeltsystems in der Tat nicht eingetreten sind« (ebd.: 139).

Zu ähnlichen Schlußfolgerungen kommen die Institute bezüglich der Auswirkungen auf die medizinische Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Zwar ließen sich zu diesem Thema »noch weniger valide Angaben als zu den anderen Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Versorgungsqualität,

M.S.) machen« (ARGE 1998: 140), da aber anhand der erhobenen Daten negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nicht feststellbar seien, gäbe es »einstweilen kaum Aufschlüsse über die Gefährdung der medizinischen Leistungsfähigkeit des stationären Sektors« (ebd.: 141).

4. Fazit

Der zweite Zwischenbericht der Begleitforschung zur Bundespflege-satzverordnung 1995 enthält eine Fülle von interessanten Daten und Ergebnissen insbesondere über die Auswirkungen der geänderten Krankenhausfinanzierung auf die Struktur der Krankenhausleistungen und Krankenhausbudgets sowie Hinweise auf Veränderungen der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Auf Grundlage einer relativ großen Zahl befragter Krankenhäuser läßt sich insbesondere erkennen, welche ökonomische Relevanz die neuen Entgeltformen im Krankenhausbereich im ersten Jahr der bundesweiten Anwendung hatten. So interessant und aufschlußreich die *Analyse der ökonomischen Daten* ist, so wenig befriedigend bleiben die Ergebnisse zu den – aus gesundheitswissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht – weit bedeutenderen *Auswirkungen auf die Qualität der stationären Krankenversorgung*. Dies ist vor allem und zuerst der Beschränkung des Forschungsauftrages zuzuschreiben, die das BMG zu vertreten hat. Es drängt sich der Eindruck auf, als sei die Erforschung dieses Bereiches politisch nicht gewünscht. Hier wäre es angesichts der überragenden Bedeutung, die die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität für die Bewertung der aktuellen Reform haben, dringend erforderlich, den Forschungsauftrag auf diesen Bereich auszuweiten und die Untersuchung durch qualitative Forschungsmethoden zu ergänzen. Entsprechende Initiativen müßten vor allem von den Verbänden, den Krankenkassen, den zuständigen Länderressorts und den Gewerkschaften ausgehen.

Daß die beauftragten Institute – trotz des beschränkten Auftrages – dennoch nach den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gefragt haben, ist darum ausdrücklich zu begrüßen. Sie weisen in ihren beiden Berichten auch mehrfach auf die Bedeutung dieses Forschungsbereiches und die Notwendigkeit einer Ausweitung des Forschungsauftrags hin, wenn auch nur in der Form, daß sie feststellen, aufgrund der vorhandenen Daten seien valide Aussagen zu diesem wichtigen Bereich nicht möglich. Unverständlich bleibt allerdings, warum sie sich dennoch mehrfach zu der Schlußfolgerung hinreißen lassen, es seien keine negativen Veränderungen feststellbar. Dies ist sicherlich insofern korrekt, als sich aufgrund des gewählten Forschungsdesigns derartige Veränderungen

nicht hinreichend verlässlich identifizieren lassen. Das heißt aber keineswegs, daß es derartige Veränderungen im Krankenhausalltag nicht wirklich gegeben hat. Dieser Eindruck wird aber erweckt. Allzu leicht könnte daher behauptet werden, die Begleitforschung habe gezeigt, daß es tatsächlich zu keinen Qualitätseinbußen bei der Patientenversorgung im Gefolge der Budgetdeckelung und Einführung des neuen Entgeltsystems gekommen sei. Dem könnten die Institute in den folgenden Berichten durch Verzicht auf die positive Bewertung von nicht Bewertbarem (weil empirisch nicht Erhobenem) vorbeugen – vorausgesetzt, dies ist nicht Teil der Dienstleistung, die sie für ihren Auftraggeber BMG zu erbringen bereit sind.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Simon
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Arbeitsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin

Anmerkungen

- 1 Der Bericht kann vom Bundesministerium für Gesundheit, Am Probsthof 78a, 53121 Bonn, kostenlos bezogen werden. Zum ersten Zwischenbericht vgl. ARGE 1997; Asmuth et al. 1997a-d.
- 2 Vgl. u.a. Bruckenberg 1993, 1994; Eichhorn 1993; Kühn 1998, 1992; Neubauer 1991, Projektgemeinschaft 1986.
- 3 Vgl. u.a. Bruckenberg 1993; Müller 1993; Obst 1994 und v.a. die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (Bär et al. 1994).
- 4 Vgl. hierzu u.a. Ziegler/Hirner 1994; Schmelzer/Klask 1996; Montgomery 1996; Simon 1996, 1997a,b.
- 5 Vgl. hierzu u.a. die ärztlichen Beiträge in Goergen et al. 1997.
- 6 Vgl. hierzu u.a. die Ausführungen des führenden deutschen Krankenhausökonomens bezüglich der Versorgungsrisiken von Fallpauschalen: eine »Absenkung der Leistungsqualität... (ist)... infolge der Problematik, die medizinische und pflegerische Qualität zu beurteilen, nur sehr schwer zu erkennen und an harten Daten festzumachen« (Eichhorn 1993: 131).

Literatur

ARGE Begleitforschung BpflV 1995 (Deutsches Krankenhausinstitut/Infratest) (1997): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Erster Zwischenbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf, München

- ARGE Begleitforschung BpflV 1995 (Deutsches Krankenhausinstitut/Infratest) (1998): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 – Zweiter Zwischenbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf, München
- Asmuth, M. et al. (1997a): Die Umsteiger-Krankenhäuser im ersten Jahr unter neuem Recht. *f & w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 14: 334-337
- Asmuth, M. et al. (1997b): Abrechnungsprobleme im neuen Entgeltsystem: Es besteht noch Handlungsbedarf. Erste Ergebnisse der Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. *Krankenhaus Umschau* 66: 637-643
- Asmuth, M. et al. (1997c): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Teil 1: Zusammenfassung des ersten Zwischenberichts. *Das Krankenhaus* 89: 481-488
- Asmuth, M. et al. (1997d): Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Teil 2: Weiterentwicklung und Handlungsbedarf. *Das Krankenhaus* 89: 535-541
- Bär, D.; Bolles, W.; Gerlach, W.; Reeg, M. (1994): Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland. *Das Krankenhaus* 86: 558-562; 87: 17-21, 68-72, 116-119
- Blech, J. (1998): Die heimliche Selektion. Wen sollen Ärzte behandeln, wenn das Geld nicht für alle reicht? Ein Blick hinter die Kulissen. *Die Zeit* vom 12.2.1998
- Brucknerberger, E. (1993): Neuregelung des Entgeltsystems im Krankenhaus. Tiefenströme – Modeströme – Mahlströme. *Das Krankenhaus* 85: 509-515
- Brucknerberger, E. (1994): Auswirkungen des GSG auf die stationäre Versorgung älterer und chronisch Kranker. *Das Krankenhaus* 86: 115-121
- Deutsche Krankenhausgesellschaft; Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (1995): Gemeinsame Erklärung von DKG und GKV-Spitzenverbänden zur Begleitforschung zur BpflV 1995. *Das Krankenhaus* 87: 8-10
- Eichhorn, S. (1993): Zur Problematik fallpauschalierter Krankenhausentgelte. *f & w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 10: 117-132
- Expertengruppe Entgeltsystem (1993): Beratungsergebnisse der »Expertengruppe Entgeltsystem«, Bonn, 12.10.1993
- Goergen, H.; Riedel, R.-R.; Vetter, H. (Hg.) (1997): Sonderentgelte und Fallpauschalen. Erläuterungen aus ärztlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Kuhlmann, E. (1997): »... zwischen zwei Mahlsteinen«. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper klinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings. In: G. Feuerstein (Hg.): *Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen*. Forschungsbericht der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld
- Kühn, H. (1988): Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 13. Hamburg: Argument, 30-46
- Kühn, H. (1992): Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den »rentablen Patienten«? *Krankenhaus Umschau* 61: 25-28
- Montgomery, F.U. (1996): Die Rolle der Ärzte nach dem GSG. In: D. Adam (Hg.): *Krankenhausmanagement*. Wiesbaden: Gabler, 49-57
- Müller, A. (1993): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhausversorgung in Hessen. *Das Krankenhaus* 85: 502-507
- Neubauer, G. (1991): Leistungsgerechte Vergütung für Krankenhäuser. *Das Krankenhaus* 83: 396-399

- Obst, D. (1994): Die Bewertung des neuen Pflegesatzrechts aus hessischer Sicht. *Das Krankenhaus* 86: 352-353
- Projektgemeinschaft Ernst & Whinney/GaWmbH Herdecke (1986): Vorstudie zu diagnosebezogenen Fallpauschalen. Dokumentation, Analyse und Bewertung ausländischer Vorerfahrungen. *Gesundheitsforschung, Forschungsbericht Nr. 143*, hrsg. vom BMA. Bonn
- Regler, K. (1994): Auswirkungen des GSG und Handlungsbedarf der Krankenhausträger. *Das Krankenhaus* 86: 1-6
- Schmelzer, A.; Klask, J. (1996): Ist der »Patiententourismus« bei teuren Behandlungen vermeidbar? *Das Krankenhaus* 88: 274-287
- Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 1993. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4: 20-40
- Simon, M. (1997a): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 97-204
- Simon, M. (1997b): Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 28: Nach der Reform. Hamburg: Argument, 33-54
- Ziegler, M.; Hirner, A. (1994): Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung. In: M. Arnold; D. Paffrath (Hg.): *Krankenhausreport '94*. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer, 97-106