

Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung

1. *Das Zeitalter der Kostendämpfung*

Was man in der Bundesrepublik Gesundheitspolitik nennt, ist seit Mitte der 70er Jahre nahezu identisch mit »Kostendämpfungspolitik«. Das Bekenntnis dazu wird parteiübergreifend abgefordert gleich dem zur NATO-Mitgliedschaft oder zur sozialen Marktwirtschaft. Mittels solcherlei Formeln versichern sich die berufsmäßigen Akteure des politischen Lebens, daß sie »dazugehören«. Tatsächlich ist seit nunmehr dreizehn Jahren Gesundheitspolitik nicht viel mehr als eine Deklination von Wirtschafts- und Finanzpolitik, mit der sie drei Merkmale gemeinsam hat: Erstes und auffälligstes Merkmal ist ihre Eigenschaft, Objekt und Medium gesellschaftlicher *Umverteilungsstrategien* zu sein. Wie insbesondere die Selbstbeteiligung deutlich offenbart, geht es um die »Dämpfung« jenes Teils der Gesundheitsausgaben, der von den Krankenkassen geleistet wird und somit unmittelbar die Lohnkosten der Unternehmen erhöht. Die tatsächlichen Kosten von Gesundheitssicherung und Krankenversorgung interessieren in diesem Zusammenhang ebensowenig wie deren Qualität. Zweites Merkmal ist die *Tabuisierung des Produktionsbereichs*. Die sozialen Kosten der Produktion, die Arbeit sowie das Angebot an Waren bleiben als Hoheitsbereich privater Entscheidungen unangetastet. Prävention hat sich auf die Konsum- und Freizeitsphäre zu beschränken. Das dritte Merkmal schließlich ist der *Reformstopp*. Seit Beginn des Kostendämpfungs-Zeitalters gab es keine nennenswerten gesundheitspolitischen Verbesserungen, ebensowenig wie Reformen in anderen Sektoren der sozialen Infrastruktur. Vom Bundeskanzler Helmut Schmidt ist überliefert, er habe gesagt, man wolle ja schließlich die Bundesrepublik nicht in einen Kurort verwandeln und es gelte, »anständig zu regieren«.

Mißt man die große Koalition von Gesundheitspolitikern, Verbandsfunktionären, Ministerialbürokraten und Politikberatern an ihren selbstgesteckten Zielen, dann sollten die Reformkräfte ihre Verzagtheit ablegen und selbstbewußter werden können: Es wird nicht nur das falsche Ziel angestrebt — Ausgaben statt Wirksamkeit (Effizienz)¹ —, sondern dieses wird auch verfehlt.² Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen ist nach wie vor ansteigend. In strukturschwachen

Gebieten sind 15 Prozent bei Ortskrankenassen keine Seltenheit. Dabei sind Leistungen ausgegrenzt, gekürzt und verschlechtert worden und die Selbstbeteiligung hat ein schmerzhaft spürbares Maß erreicht. Das Konzept besteht darin, auf steigende Beiträge mit Ausgabenkürzungen zu reagieren. Das ist ebenso sinnvoll wie das Bemühen, übergroße Hitze zu bekämpfen, indem man das Thermometer abkühlt, anstatt die Flamme zu drosseln. — Weder ist aber hier die Menschheit an die Grenzen ihrer Erkenntnisfähigkeit gelangt, noch handelt es sich um ein Problem der individuellen Intelligenz. Das Konzept der Kostendämpfung trägt vielmehr charakteristische Züge von »Realpolitik«. Zum Realpolitiker wird man durch die Verlagerung der individuellen Anpassung bereits in die Wahrnehmung hinein.³ Was oft zu Unrecht als »Dummheit« bezeichnet wird, ist meist nichts anderes als das Resultat spezifischer Wahrnehmungsraster und Denkhemmungen, die den (vermeintlichen) Subjekten durch Machtverhältnisse und Interessenkonstellationen auferlegt sind und von ihnen als ihre freie Meinung empfunden werden. Drei der wichtigsten solcher Konstellationen, an die Gesundheitspolitik sich anpaßt, sind:

Erstens ist das Gesundheitswesen ein stabiler *Absatzmarkt* für vielfältige Dienstleistungen, Pharmazeutika und Geräte. Dieser Markt kennt nahezu keine konjunkturellen Abhängigkeiten. Die Honorare und Gewinne, die auf ihm erzielt werden, steigen aber um so mehr, je weniger erfolgreich die Leistungen sind und je weniger sie durch Prävention in gesellschaftlichen Lebensbereichen überflüssig gemacht werden: Wo also soll das *private* Interesse an der Wirksamkeit des Gesundheitswesens liegen, da es doch gerade in seiner Unwirksamkeit so gut aufgehoben ist? Zweitens konservieren die Strukturen des Gesundheitswesens in hohem Maße soziales *Mittelklassepotential*. Ihre gründliche Veränderung würde also gerade jene Gruppen schwächen, denen für den Status quo der gesellschaftlichen Machtstrukturen eine gewichtige Rolle zukommt. Wer diese These nicht gänzlich von der Hand weisen kann, der fragt sich: Wo soll das *konservative* Interesse an einer echten Strukturreform des Gesundheitswesens liegen? Darauf verweist schließlich drittens, daß die medizinische und pflegerische Versorgung auch als Instrument der *Legitimationsbeschaffung*, insbesondere für kirchliche Träger von Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungen dient. Es haben sich hier große und wenig kontrollierte Bürokratien herausgebildet, die — kurioserweise — unter der Flagge des »Subsidiaritätsprinzips«⁴ auf dem Posten für den strukturellen Status quo stehen.

Die Strukturen des Gesundheitswesens verdankten also bislang ihre bemerkenswerte Stabilität vor allem dem Umstand, daß dieselben

Eigenschaften, die es teuer und schlecht sein lassen (soweit es teuer und schlecht ist!) für die Anbieter höchst wirtschaftlich und für die politisch-ökonomischen Machtverhältnisse höchst begünstigend sind. An dieser Konstellation nagt nun allerdings der Zahn der ökonomischen Stagnation:

In den Zeiten des »Wirtschaftswunders« konnten die Kosten von Ineffizienz und Marktmacht im Gesundheitswesen recht konfliktfrei aus den allgemeinen Wachstumszuwächsen bestritten werden, ja, die Ausgabensteigerungen galten als Zeichen sozialen Fortschritts. Darum sprach niemand von »Kostenexplosionen«. Bei fortschreitender wirtschaftlicher Depression wird sich die Entwicklung auf zwei Alternativen zuspitzen: entweder steigert man energisch die Wirksamkeit (Effizienz) der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation usw., was allerdings unvereinbar wäre mit den bestehenden Strukturen, mit der Tabuisierung der Produktionssphäre (Arbeit, Umwelt, Güterangebot) und dem Reformstopp. Oder man hält am »realpolitischen« Prinzip fest. Dann bliebe nur, die weiterhin wachsenden Kosten (je nach Betroffenheit ausgedrückt in Geld, Leid, Lebensqualität) weiterhin den Sozialversicherten aufzubürden, um die Belastung der Unternehmen und Staatshaushalte zu begrenzen. Auf dieser Linie liegt der vorliegende Regierungsentwurf zur sogenannten Strukturreform im Gesundheitswesen. Interessant sind die ersten Risse, die sich in der Diskussion darüber zwischen Bundesregierung und Arbeitgeberverbänden einerseits sowie Gesundheitsindustrie und mittelständischen Interessengruppen (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte usw.) auf der anderen Seite zeigen. Die Bedrängnis scheint so groß zu sein, daß vereinzelt sogar schon zur Wahrheit gegriffen wird. So verteilte etwa der Hartmannbund eine Informationsschrift gegen die Zustimmung der Arbeitgeberverbände zum Referentenentwurf unter der Überschrift »Profit statt Gesundheit«.⁵ Auch die Pharmafirmen, im Chor mit dem Vorstand der Chemiegewerkschaft, sehen sich erstmals von einer Bundesregierung in Verlegenheit gebracht.

Wie es aber aussieht, sind die Ängste der Anbieter auf den Gesundheitsmärkten (soweit sie sich nicht im öffentlichen Eigentum befinden) übertrieben und verfrüht. Erst eine politische Konstellation, in der weitere Zerrüttungen qualitativer und quantitativer Leistungsansprüche verhindert, in der das Zeitalter der Kostendämpfung beendet und die Gesundheitssicherung und Krankenversorgung entschieden verbessert würden, brächte die Krankheitsgewinnler in wirkliche Bedrängnis. Erst die Abwehr von Kürzungen und Selbstbeteiligungen könnte die Ent-

lastungsventile der gegenwärtigen Strukturen und Bündnisse verstopfen und die Transformation von Gesundheits- und Strukturfragen in Sparpolitik blockieren. Erst dann könnte der mit ihnen verbundene ökonomische Problemdruck tendenziell in Richtung auf die Ursachen gelenkt werden und Gesundheitspolitik somit eine bessere Chance bekommen. Derzeit ermöglicht es die Schwäche der politischen und gewerkschaftlichen Reformkräfte, daß sich »Kabinett und Kapital« bei weitgehender Schonung ihrer Verbündeten im Gesundheitswesen auf Kosten der Sozialversicherten entlasten können. Mit der sogenannten Strukturreform wird das Zeitalter der Kostendämpfung nicht zu Ende sein. Das Ende der 80er Jahre vor uns liegende konjunkturbedingte Anwachsen der Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Einnahmeverluste und Mehrausgaben für Sozialversicherungen und Staatshaushalte (verstärkt durch die Steuerreform) werden die »Sachzwänge« produzieren für weitere Fortsetzungen und Steigerungen.

2. Krankenhauspolitische Orientierung

Eine gravierende Gesetzmäßigkeit der praktizierten Kostendämpfung ist ihr *macht determiniertes Interventionsprofil*. Das heißt: Je größer die Fähigkeit der einzelnen Interessenten im und am Gesundheitswesen ist, politische Macht zu entfalten, desto mehr wird das Profil der Interventionen dahingehend bestimmt, daß

- Eingriffe um so weniger erfolgen,
- die eingesetzten Instrumente (z.B. Preisfestsetzungen) um so struktur- und interessenkonformer assimiliert werden können und
- Probleme und Kosten um so leichter auf andere abgewälzt werden können.

Somit wurden die *Sozialversicherten* (und hier wiederum besonders die chronisch Kranken und Alten) zum bevorzugten Objekt sowohl der Kostenpolitik (Kürzungen, Ausgrenzungen, Selbstbeteiligung) als auch der Abwälzungen seitens der Anbieter (über Verschreibung, Einweisung, Leistungsqualität, Selektion).

Entgegen gängiger Meinung, die nur den Bundesgesetzgeber, nicht aber die konkrete Politik in Ländern und Gemeinden sieht, steht unter den Anbietern das *Krankenhaus* an der Spitze der Eingriffe. Das betrifft sowohl die Häufigkeit als vor allem auch die Tiefe, insbesondere was die *direkten* Interventionen in die Bedingungen der Leistungserstellung angeht (z.B. Kontrolle der »Wirtschaftlichkeit«, Stellenkürzungen, [Teil-] Privatisierungen usw.). In einer besonders schwachen Position befinden sich die kommunalen und landeseigenen Krankenhäuser. Hier hat

der Staat durch Eigentumsrecht unmittelbaren Zugriff, der — und das ist das Problem — nach fiskalpolitischen Kriterien genutzt wird.

Es versteht sich, daß der Interventionsschwerpunkt Krankenhaus auch seine »realpolitischen« Begründungen findet. So sehen zahlreiche Experten im Krankenhaus den entscheidenden Hebel zur ökonomischen Sanierung des gesamten Gesundheitswesens. Es handele sich um den »Hauptkostentreiber« (Blüm) und größten Ausgabenposten der Krankenkassen. Manche fügen noch hinzu, das Krankenhaus nehme ein Drittel der Finanzen in Anspruch und behandle dafür nur ein Zehntel der Patienten, indessen ließen die niedergelassenen Ärzte ihre Dienste für nur ein Fünftel der Ausgaben den übrigen neunzig Prozent zukommen. Hier hatten bisher Hinweise noch keine Chance, daß die Effizienz zweier Hersteller von unterschiedlichen Produkten nicht mit dem Umsatzvolumen vergleichbar sein kann. Außerhalb der Gesundheitsökonomie käme niemand darauf zu behaupten, die Wirtschaftsbranche A sei effizienter als die Branche B, weil sie einen geringeren Anteil am Sozialprodukt und mehr Kunden hat. Noch nicht einmal die faktische Grundlage solcher Expertenvergleiche stimmt: zur ambulanten Versorgung zählen außer den Kassenarzthonoraren noch die Arzneimittel (die im Pflegesatz enthalten sind), die Heil- und Hilfsmittel, Früherkennungen usw. Aber das so entstehende umgekehrte Ausgabenverhältnis wäre als Grundlage irgendeiner Politik genauso unsinnig wie das Behauptete.

Entscheidend ist, daß sich der vornehmlich machtdeterminierte Interventionsschwerpunkt Krankenhaus (der noch ausgebaut werden soll) gerade spiegelverkehrt zu den Prioritäten verhält, die sich aus den Interdependenzen zwischen dieser Institution, dem Gesamtprozeß des Gesundheitssystems sowie der Risikostruktur der Lebensbedingungen ableiten lassen. Ich plädiere damit nicht für die Konservierung des Krankenhauses, sondern für die grundlegende Umorientierung der krankenhaupolitischen Sichtweise. Die Prioritäten müssen gefolgert werden aus der Funktion des Krankenhauses für den einzelnen Patienten und der Stellung dieser Institution im arbeitsteiligen Gesamtzusammenhang des Gesundheitswesens:

Für den einzelnen Patienten ist das Krankenhaus eine »Spezialumwelt«, in die er gelangt, wenn sich aus dem Zusammenhang von Krankheit und physisch-psychischer Disposition sowie der sozialen Alltagswelt (Arbeit, Familie, Wohnung usw.) ergibt, daß er auch mit Hilfe der ambulanten Möglichkeiten nicht mehr in dieser alltäglichen Umwelt verbleiben kann.

Verglichen mit den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist also das Krankenhaus dasjenige Teilsystem, das — bezogen auf die

Patientenkarriere — erst sehr spät intervenieren kann. Daraus resultiert ein wichtiger krankenhauspoltischer Grundsachverhalt: *Wieviele Patient/inn/en in welchem Stadium ihrer Krankheit mit welchem Behandlungs- und Pflegebedarf in die Klinik gelangen, wird zum überwiegenden Teil außerhalb dieser Institution entschieden.* Das heißt: Je später und seltener gesundheitsbezogene Vorsorge in der normalen Arbeits- und Freizeitumwelt in krankheitsverursachende und begünstigende Bedingungen eingreift, je später und erfolgloser die erkrankten Menschen ambulant diagnostiziert und versorgt werden, je geringer ihre Selbsthilfemöglichkeiten und -fähigkeiten zu Hause und am Arbeitsplatz sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Leistungsanforderungen an das Krankenhaus weiter zunehmen werden. Bei allen Ineffizienzen und Irrationalitäten im Krankenhaus selbst, ist die Expansion der Kosten zu einem großen Teil die Expansion von Leistungsanforderungen, die nach Umfang und Inhalt extern, also von außerhalb bestimmt sind.

Aus dieser Interdependenz ergeben sich folgende Orientierungen und Kriterien für die Krankenhauspolitik:

1. Trotz seiner Reformbedürftigkeit kann das Krankenhaus kein Hebel zur Sanierung des Gesundheitswesens sein. Auf die meisten Faktoren seiner Inanspruchnahme hat es selbst keinen Einfluß, sei es die Lebens- und Arbeitsqualität, die sich wandelnde Familienstruktur und die Vereinzelung mit den damit verbundenen abnehmenden Selbsthilfefähigkeiten oder sei es die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung.

2. Aus den wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungseinrichtungen folgt, daß eine isolierte *Planung* allein des Krankenhauses, ohne Einbeziehung des ambulanten Sektors, zum Scheitern verurteilt sein muß.

3. Krankenhauspolitik mit gesundheitspolitischer Perspektive kürzt nicht, sondern *entlastet*, insbesondere durch sozialpolitische Stärkung der Selbsthilfefähigkeit, verbesserte ambulante Versorgung (auch durch das Krankenhaus), Pflege und Rehabilitation. In der Entlastung liegt auch die realistische ökonomische Voraussetzung qualitätsorientierter Reformen der Institution selbst. Es werden dadurch Ressourcen frei, die zur patientenzentrierten Behandlung und Pflege (und damit auch zur Effizienz) erforderlich sind.

4. Die Vorstellung, »medizinische« Faktoren der Krankenhausversorgung ließen sich von »sozialen« trennen, ist eine technokratische Illusion: Die Berücksichtigung der psychosozialen Individualität jedes Patienten ist weder als ethisches Beiwerk noch als Sonderleistung für

Zuzahler zu betrachten, sondern Grundlage der Wirksamkeit. Die große, in vielen Fällen sogar entscheidende Bedeutung der körperlich-seelischen Befindlichkeit für die therapeutische Situation kann nicht mehr ernsthaft bestritten werden. Die dazu erforderliche Pflege, Zuwendung und Aufklärung durch das medizinisch-pflegerische Personal ist nicht allein eine Frage der subjektiven Humanität, sondern ein ungeöstes Problem von Strukturen, Ausstattung, Qualifikation und qualitätsorientierter Leitung, in der sich eine humane Medizin entfalten kann. Hauptprobleme sind die überkommenen Hierarchien und die systematische Unterbewertung der Pflege.

Es entspricht dem platten Ökonomismus der Kostendämpfungspolitik, daß diese Zusammenhänge weitgehend ignoriert werden und stattdessen die Umgestaltung des Pflegesatzes zum ökonomischen Hebel der Verbilligung im Zentrum der Diskussion steht.

3. *Der Pflegesatz als ökonomischer Hebel?*

Die Gründe für den (auch internationalen) Trend des Pflegesatzanstiegs sind vielfältig: Sie liegen bei den gesundheitlichen und sozialen Faktoren der Inanspruchnahme, in der Dysfunktionalität der vor- und nachgelagerten Versorgungsbereiche, in der gesamtwirtschaftlich unterdurchschnittlichen Steigerungsfähigkeit der Produktivität von personenbezogenen Dienstleistungen⁶, im Rückzug des Staates aus der Krankenhausfinanzierung, in mangelhafter medizinischer und pflegerischer Leistungsqualität des Krankenhauses und in dessen ineffizienten Binnenstrukturen. Im Gegensatz zu dieser Ursachenvielfalt hat sich der Horizont der krankenhauspolitischen Diskussion auf nur zwei Faktoren verengt, auf das Kräfteverhältnis bei Pflegesatzverhandlungen und auf die Methoden der Pflegesatzgestaltung. Auf die entscheidende Frage, zu welchen gesundheitspolitischen Folgen unter den gegebenen Strukturen die wirtschaftliche Stimulierung führt, wird keine Energie verschwendet. Statt dessen wird die Diskussion in Form eines betriebswirtschaftlichen Dogmenstreits geführt. Von einem Bewußtsein, daß es hierbei um die Beeinflussung hochkomplexer Prozesse geht, deren Gegenstand jährlich elf Millionen Kranke sind, findet sich dabei keine Spur.⁷

Diskutiert werden verschiedene Grundformen differenzierter Pflegesätze wie degressive, fachabteilungsspezifische sowie diagnose- und fallgruppenspezifische Pflegesätze.⁸ Der — in jeweils unterschiedlicher Form — versprochene ökonomische Anreiz für die Krankenhäuser besteht prinzipiell in der Unterbietung der statistisch durchschnittlichen

Liegezeit und in der Verringerung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Unter anderem die folgenden schweren Bedenken wären vor dem Einsatz solcher Hebel auszuräumen:

- Es gibt kein statistisch einsetzbares System von Krankheitsarten bzw. Fallgruppen, das klinisch trennscharf wäre, das die Multimorbidität berücksichtigt und den Schweregrad, ebenso wenig die Selbsthilfefähigkeit des Einzelfalls. Jeder Kranke ist aber ein Einzelfall.
- Die Anreize, die von den derzeit diskutierten Pflegesatzmodellen ausgehen, zielen auf die Kürze der Liegezeit, nicht auf das individuelle Optimum. Die Verweildauer muß nach den individuellen medizinischen und psychosozialen Umständen der Patienten bestimmt werden können. Ihre Verkürzung ist daher primär auf die Verbesserung dieser — sowohl inner- als auch außerklinischen — Umstände zu richten. Die ökonomisch erzwungene und technokratisch exekutierte Verweildauerfestsetzung wird nicht nur individuell prekäre, sondern auch gesamtgesellschaftlich kostspielige Folgen haben.
- Wenn Verweildauersenkungen ohne einen Mehraufwand an Behandlung, Pflege, Aufklärung und Gesundheitsberatung vorangetrieben werden, sinkt die Versorgungsqualität, steigt die Krankenhaushaufigkeit (Wiedereinweisungen) und erhöhen sich somit im Zeitverlauf die Krankenhauskosten.
- Durch die diskutierten ökonomischen Anreize können alte und multimorbide Patienten, die einen komplikationsreichen Krankenhausaufenthalt erwarten lassen, zum finanziellen Risiko einer Klinik oder Abteilung werden. Dadurch entsteht ein massives Interesse an einer ökonomisch-risikobezogenen Selektion bei Aufnahme/Entlassung.
- Unter unveränderten strukturellen Bedingungen sind die Krankenhäuser in der Regel weder interessiert noch in der Lage, auf ökonomische Hebel *qualitätsorientiert* zu reagieren. So fehlt es in den Kliniken bis heute an jeglichem systematischen Versuch, die Adäquanz und Relevanz einzelner Leistungen im Hinblick auf die medizinisch-pflegerische Qualität des Behandlungsprozesses zu beurteilen und zu vergleichen. Niemand kann also erwarten, daß bei bloßer Mittelverknappung »an der richtigen Stelle gespart« werden kann und wird. Im Gegenteil:
- Der globale Kostendruck über die Preise (statt gezielter Vorgaben) verteilt sich innerhalb des Krankenhauses nach der Maßgabe des Kräfteverhältnisses. Eingespart wird somit gerade nicht an überbordenden Einrichtungen und Ausstattungen, da diese sich in der Regel gerade der Stärke verdanken.

- Vielmehr bleibt es dabei und verstärkt sich, daß die Berufsgruppen mit dem stärksten Einfluß sich auf Kosten der Schwächeren, besonders des nachgeordneten Personals behaupten. Der Vorrang der technischen und pharmakologischen Medizin vor der pflegerischen und psychosozialen Betreuung wird damit festgeschrieben und ausgebaut.
- Leistungsver schlechterungen im Krankenhaus, insbesondere in der Pflege sind für die besserverdienenden Arbeitnehmer ein starker Anreiz für private Zusatzversicherungen bzw. dafür, sich dann insgesamt durch den Abschluß von Privatversicherungen dem zu entziehen. Die vage Hoffnung auf Kostendämpfung im Krankenhaus würde durch die sozialen Krankenversicherungen mit einer ganz gewissen Schwächung ihrer Solidargemeinschaft bezahlt.

Wenn die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses erhöht werden soll, dann kann das nur heißen, das angestrebte Versorgungsniveau unter möglichst sparsamem Einsatz von Ressourcen zu erreichen, nicht aber das Niveau zu zerrütten. Geld ist als Steuerungsmedium prinzipiell blind gegenüber Fragen der medizinischen Relevanz und Adäquanz oder der Menschenwürdigkeit von Maßnahmen und Unterlassungen. Dafür bieten die Marktgesellschaften Beispiele genug. Wie auch in anderen Lebensbereichen (etwa dem der Ökologie) müssen wir lernen, die Dinge unmittelbar auf ihren Nutzen für die Menschen zu beurteilen und dafür praktikable Kriterien zu entwickeln, anstatt auf indirekte Wirkungen von Finanzierungsmechanismen zu spekulieren. Solche Spekulationen scheitern in der Realität überdies meist daran, daß finanzielle Anreize von den Stärkeren, die die Spielregeln der Anpassung daran bestimmen, für ihre Interessen instrumentalisiert werden, gleich welches Motiv ihnen auch immer zugrunde lag. Die Attraktivität finanzieller Anreize liegt für die Realpolitiker in der Konfliktarmut, aber die »Geräuschlosigkeit« ihrer Wirkungsweise verdankt sich nichts anderem, als daß sie machtkonform assimiliert werden, Bestehendes also nicht ändern, sondern intensivieren. Das Resultat etwa von nicht kostendeckenden Pflegesätzen wären nicht weniger Chefärzte, sondern weniger Pflegepersonal, keine Reduzierung überflüssiger Diagnostik, sondern weitere Industrialisierung der Grundpflege. Vorrangig sind darum Anstrengungen zur Qualitätsbeurteilung und -kontrolle von Behandlung und Pflege. Es geht erstens um gesundheitspolitisch rationale Instrumente zur »Durchforstung« von therapeutischen und diagnostischen Verfahren, Pflegeroutinen, Ausstattungsbestandteilen usw. nach den Kriterien der Relevanz und Adäquanz, um zweitens innerhalb der Institution Mittel freizusetzen, die in dringende Verbesserungen (z.B. in

die Qualifikation des Personals) reinvestiert werden können. (Dieses wäre dann tatsächlich »Gesundheitsökonomie«.)

4. Qualitätssicherung und Kontrolle

Es ist eine Binsenweisheit in allen Bereichen ökonomischen Handelns, daß die einzelwirtschaftlichen Subjekte auf Preisdruck u.a. zunächst mit dem strukturkonformen Versuch reagieren, wo immer möglich, Kosten zu externalisieren (an Umwelt und Gesellschaft), die Arbeit zu intensivieren und die Produktqualität zu senken. Aber im Zeitalter der realpolitischen Kostendämpfung wird ausgerechnet im Krankenhaus, wo »Produktion« und »Konsumtion« identische Prozesse sind und diese Strategien einen nahezu hilflosen »Kunden« treffen (der nicht ausweichen kann), der Druck auf die Preise (Pflegesätze) ohne jede verbindliche und wirkungsvolle Maßnahme zur Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität ausgeübt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzieren Leistungen und verhandeln über deren Preise, ohne sich der Qualität zu vergegenwärtigen. Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, neben den Kosten gleichberechtigt den Standard der medizinischen und pflegerischen Qualität zu dokumentieren. Womit, wenn nicht mit Qualitätsstandards soll die Berechtigung von Preisen oder die Entscheidung über Ausbau und Schließung überprüft werden?

Die in der Bundesrepublik anzutreffenden Ansätze zur Qualitätskontrolle sind völlig unzulänglich. Sie sind wenig verbreitet und beschränken sich allenfalls auf die ordnungsgemäße Anwendung medizinisch-technischer Regeln, insbesondere unter dem Gesichtspunkt des juristischen Schutzes ärztlichen Handelns. Häufig resultiert daraus eine aufgeblähte »Absicherungsdiagnostik«, die die Patient/inn/en und die Krankenkassen zusätzlich belastet. Wichtig ist, daß die *Dimension* der Leistungsqualität alle Aspekte der medizinischen und pflegerischen, an der Individualität des Patienten orientierten Krankenversorgung umfassen. Der Hinweis auf die zweifellos bestehenden Operationalisierungsschwierigkeiten kann Untätigkeit nicht legitimieren. Wir haben es hier mit einem Gebiet zu tun, das von der trendbewußten Gesundheitsforschung bisher vernachlässigt worden ist. Pragmatisches und additives Vorgehen ist notwendig und möglich. So können transparente Kriterien für die medizinisch-pflegerische Qualität und ihre wirksame Kontrolle nicht nur auf der Ebene der *Ergebnisqualität* von Behandlung und Pflege formuliert werden, sondern auch auf der Ebene der *Prozesse* und Verläufe (Leistungs- und Behandlungsabläufe usw.) sowie auf der

Ebene des *Ressourceneinsatzes* (Personal, Qualifikation, Ausstattung usw.) und der *Strukturen* (z.B. Gruppenpflege, Personalstruktur).

In der stationären Versorgung sind die Voraussetzungen für wirksame Qualitätssicherung günstiger als in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung. In gut geführten Häusern findet sich in Diagnostik und Behandlung ein detailliertes System der Dokumentation, das bei korrekten Aufzeichnungen das Nachvollziehen der Abläufe ermöglicht. Gleichwohl erfordert die Sicherung der Qualität Ergänzungen nicht nur durch unmittelbar fallbezogene, sondern auch durch institutionsbezogene (d.h. auf die Abteilungen und Stationen bezogene) Beurteilungshilfen (z.B. Patienten-, Behandlungs- und Leistungsprofile). Wesentlicher Bestandteil ist die Pflegedokumentation. Auf dem Stand der informationstechnischen Entwicklung handelt es sich meist um Daten, die ohnehin anfallen sollten und die oft nur einer speziellen Aufarbeitung für die Zwecke der Qualitätssicherung bedürfen.

In Abgrenzung von technokratischen (und insofern auch illusionären) Konzepten der Qualitätskontrolle ist besonders darauf hinzuweisen, daß es sich um die *Qualität sozialer Prozesse* handelt. Daher muß die Bedeutung der *Patientenrechte* und deren Gewährleistung ebenso hervorgehoben werden wie die Erfordernisse von befriedigenden *Arbeitsbedingungen* im Krankenhaus.

In der Qualitätssicherung liegt auch eine arbeitspolitische Perspektive für die Beschäftigten, die von soliderer Tragfähigkeit sein kann als die zunehmend erfolgloseren Versuche herkömmlicher Bestandsicherung.⁹ Die Transparenz des Leistungsgeschehens und glaubwürdige Nachweise seiner Abhängigkeiten von den Bedingungen der Arbeit können die institutionelle Isolierung, etwa gegenüber den gewerkschaftlichen Selbstverwaltungsmitgliedern, überwinden. Freilich werden solche Bündnisse nur in solchen Fragen auf eine Stärkung hinauslaufen, in denen die Beschäftigteninteressen mit der Versorgungsqualität identisch oder zumindest vereinbar sind, während ständische und individualistische Positionen auf der Strecke blieben. Die Struktur der Einheitsgewerkschaft könnte hier geradezu ideale Voraussetzungen bieten, die wechselseitig nötigen Lernprozesse zu fördern.

5. Zum Prozeß der Veränderung

In der Reformdiskussion (nicht nur bezüglich des Gesundheitswesens) mangelt es weniger an Modellen besserer Versorgung, als an realistischen Vorstellungen über den *Prozeß* der Veränderung.

Wer einigermaßen in der Tradition der Reformdiskussion seit Beginn der 70er Jahre zu Hause ist, der kann sich z.B. die Integration von stationärer und ambulanter Versorgung gut vorstellen. Aber wie könnten Veränderungsprozesse von Politik und Institutionen aussehen? Wer könnte daran ein Interesse haben und wie könnten diese Interessenten zu Subjekten der Veränderung werden? Kurz: Wo in der Gegenwart ist Zukunft angelegt und wie kann man sie stärken und weiterentwickeln zu Veränderungsprozessen?

Der Reformprozeß in Richtung auf ein humanes Gesundheitswesen ist ein dreifaches Problem: erstens stellt sich seine Durchsetzung als *ökonomisches Problem* der Umverteilung und des Einsatzes personeller und materieller Ressourcen; zweitens stellt sie sich als *Machtproblem*, betreffend die Interessen *im* Gesundheitswesen und die widersprüchlichen Interessen *am* Gesundheitswesen; und drittens ist sie ein gesellschaftliches *Lernproblem*, das sowohl die vorhandenen Potentiale an Qualifikationen, Methoden und Denktraditionen im medizinisch-pflegerischen Bereich, die Qualität und Selektivität der Forschung, als auch das Verhältnis der Menschen zu sich selbst, zur Krankheit und zu den Institutionen des Gesundheitswesens angeht. Realismus (im Gegensatz zu »Realpolitik«) als Einheit von tätigem Hoffen und Prozeßkenntnis muß hier illusionslos auf den unterschiedlichen Besonderheiten und Zeitdimensionen auf jeder dieser Ebenen aufbauen.

So hat die Ressourcenfreisetzung durch Umverteilung von Budgets (z.B. durch Abschöpfung bei oberen Gewinn- und Honorargruppen) einen sehr viel geringeren Zeitbedarf als die notwendigen inhaltlichen Veränderungen von Medizin und Pflege. Die hierzu erforderlichen Lernprozesse im gesellschaftlichen Maßstab werden sich nur allmählich und in der Dialektik mit sich verändernden Strukturen durchsetzen. Strukturreformen wiederum sind nicht nur Macht- und Lernfragen, sondern fast immer auch ökonomische Investitionen, wo gegenwärtigem Mehraufwand erst zukünftiger Effizienzgewinn gegenübersteht. Diese Mehraufwendungen können durchaus vom Gesundheitswesen selbstfinanziert werden. Aber nur, wenn die durch Umverteilung mobilisierten Mittel nicht für fremde Zwecke entzogen werden (zur direkten und indirekten Sanierung des Staatshaushalts, z.B. zur Kompensation der Steuerreform). Es geht also nicht um die Frage: Sparen — ja oder nein; sondern erstens: wo und was wird eingespart nach welchen Kriterien und zweitens: was geschieht mit den absoluten oder relativen Einsparungen?

Die Entwicklung positiver, d.h. auf die Entfaltung des Menschseins bezogener Gestaltungsvorstellungen bezeichnet Ernst Bloch als »Wärme-

strom« der Theorie, der erst zusammen mit dem »Kältestrom«, d.h. einer von Wunschdenken freien Möglichkeitsanalyse ein Konzept ausmacht. Dazu gehört die in »Reformmodellen« meist unauffindbare Frage nach den *Subjekten* der Durchsetzung, Steuerung und Kontrolle einer effizienten und humanen Gesundheitssicherung und Krankenversorgung.

Die derzeitige Dominanz grün-alternativer Ideen unter den Reformkräften führt in dieser Frage zur Hochschätzung und — wie ich meine — Verabsolutierung der Funktion des »Betroffenseins«. Zunächst einmal ist anzuerkennen, daß diese Hochschätzung motiviert ist von der Sorge, »Stellvertreterpolitik« zu vermeiden und dem Wunsch, die Menschen für ihre eigenen Interessen zu mobilisieren. Aber der unter den Intellektuellen in den 70er Jahren verbreitete Heilsglaube an ein »Proletariat« (als Projektionsobjekt eigener Hoffnungen) sollte nicht lediglich durch den Glauben an die »Betroffenen« ersetzt werden. Hinzu kommt noch der sehr reduktionistische Gebrauch des Begriffes, etwa wenn Betroffenheit von Gesundheitspolitik auf die *Patient/inn/en* beschränkt wird. Beispielsweise heißt es in einer programmatischen Schrift der Grünen, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung seien »die ermutigten, organisierten, informierten und aufmüpfigen — kurz: die emanzipierten Patienten erforderlich«, denen gegenüber sich der Arzt eine unsachgemäße Behandlung nicht leisten könne. Die Qualität der Versorgung darf aber gerade *nicht* davon abhängen, ob die Patient/inn/en »ermutigt, organisiert, informiert und aufmüpfig« sind. Denn diese Abhängigkeit besteht bereits im existierenden Gesundheitswesen. Weil nämlich diese Eigenschaften in der Klassengesellschaft ungleich verteilt sind, liegt hier eine wesentliche Ursache für die schichtenspezifisch unterschiedliche Behandlungs- und Betreuungsqualität. Außerdem wird vorschnell aus der Betroffeneneneigenschaft auf die Möglichkeit geschlossen, zum *Subjekt* von Prozessen zu werden. Der soziale Status der Patient/inn/en, insbesondere im Krankenhaus, ist aber doch gerade durch die krankheitsbedingte Einschränkung ihrer aktiven Möglichkeiten gekennzeichnet. Kranke, als »Menschen in gestörtem Zustand«, sind hilfsbedürftig, oft physisch und psychisch geschwächt und nicht selten sozial bedroht. Politische Wirksamkeit hingegen hängt von der Fähigkeit ab, Interessen zu artikulieren und zu organisieren und dabei Konflikte einzugehen. Das Wunschdenken von der Kraft des Betroffenseins unterstellt, den durch Kranksein ohnehin ichgeschwächten und vereinzelt Patient/inn/en könne in den Institutionen das gelingen, wozu sie oft in der Alltags- und vor allem in der Arbeitswelt nicht fähig sind und was sie dort in der Regel auch nicht erlernt haben: sich

gegen die sie bedrängenden Verhältnisse unter Inkaufnahme eines Sanktionsrisikos zur Wehr zu setzen. Das Sanktionsrisiko muß im Krankenhaus gesenkt und die Patient/inn/enrechte erweitert werden; davon läßt sich eine — wenn auch sozial selektive — qualitätssichernde Wirkung, aber kein Impuls für Veränderungen erwarten. Die Frage nach den *politischen* Subjekten sollte sich also auf die Gesunden konzentrieren. Dazu abschließend nur einige Stichworte:

Wie eingangs gezeigt, sind die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen sehr resistent. Daher setzen Veränderung die breite Zustimmung der *sozialversicherten Bevölkerung* voraus. Zunächst gilt es zu begreifen, daß die Entsolidarisierungstendenzen kein reines Bewußtseinsproblem sind, sondern durch reale und beeinflussbare Entwicklungen gefördert werden. So gibt es bereits 5,4 Millionen Voll- und 4,5 Millionen Zusatzversicherte in den privaten Krankenversicherungen. Wenn durch weitere Aufweichung der *Versicherungspflicht* diese Tendenz weitergetrieben wird, so kann sich ein wachsender und relevanter Anteil der Bevölkerung (es sind dies gerade die artikulationsfähigsten Gruppen) weiteren Verschlechterungen und Verteuerungen der GKV-Leistungen individuell entziehen. Sie sind nicht mehr betroffen, wenn die Sozialversicherung allmählich auf eine Minimalsicherung reduziert wird. Mahnendes Beispiel ist der britische Thatcherismus, dem die fast reibungslose Destruktion der sozialen Alterssicherung gelingen konnte, weil ein relevanter Teil der sicher und gutbezahlten Beschäftigten über die Betriebe privatversichert ist.¹⁰ Die Bedeutung einer möglichst hohen Pflichtversicherungsgrenze für die Entwicklung im Gesundheitswesen kann also nicht hoch genug veranschlagt werden.

Eine wichtige Rolle spielen die *Beschäftigten im Gesundheitswesen*. Allein im Krankenhaus arbeiteten 1985 mit 807.000 mehr Menschen als in der gesamten Automobilindustrie (718.000). An anderer Stelle habe ich gezeigt¹¹, daß der gesamtwirtschaftliche Ökonomisierungsdruck auf die Institutionen in der Tendenz die Vertretung ständischer Sonderinteressen zunehmend erfolgloser werden läßt. Die Frage ist allerdings offen, ob dies zu individueller Resignation oder gewerkschaftlicher Gegenwehr führt. Um in dem zur Gegenwehr erforderlichen sozialen Maßstab bündnisfähig zu werden, muß sich die Interessenvertretung ohne Etikettenschwindel am gesellschaftlichen Gebrauchswert ihrer Arbeit orientieren. Gewerkschaftliche Politik im Gesundheitswesen kann also nicht nur »Forderung«, sie muß auch »Streben« sein, d.h., die Veränderung der Verhältnisse schließt die eigene Veränderung mit ein. Sie wird nur insoweit erfolgreich sein, wie sie sich auf die Legitimation bei den auf ihre Dienste angewiesenen Sozialversicherten stützen kann.

Darum liegt auch die Sicherung und Kontrolle der Leistungsqualität in ihrem Interesse.

Exemplarisch für den absteigenden (wenn auch noch immer kräftigen) Ast, auf dem Standespolitik heute sitzt, ist die Situation bei den Ärzten. Die Standespolitik kann der jüngeren Generation der Ärzte noch nicht einmal mehr das sichern, was sie als ihr ausschließliches Interesse ansieht: eine Berufsperspektive. Als der Beginn des Kostendämpfungszeitalters Grenzen der Honorarsteigerungen signalisierte, versuchten sie die Haut der Niedergelassenen auf Kosten des Krankenhauses zu retten (Stichwort: »Bayernvertrag«): Sie trugen somit dazu bei, daß das Krankenhaus die wachsende Zahl der jungen Ärzte nicht mehr aufnehmen kann. Der Ausbau anderer Bereiche, etwa der öffentlichen Gesundheitsdienste, wurde ebenfalls weiterhin abgewehrt. Seit sich dadurch die Anzahl der niedergelassenen Ärzte steigert, trägt Standespolitik zunehmend die Züge eines Kampfes gegen die eigene jüngere Generation, vom Numerus clausus bis zu den Zulassungsregelungen und Facharztanerkennungen. Die Legitimation, im »Patient/inn/en-interesse« zu handeln, ist durch exzessiven Gebrauch dauerhaft geschädigt und die Erfolge oppositioneller Listen bei den Ärztekammerwahlen gehen wohl vor allem darauf zurück, daß sich viele, meist jüngere Ärztinnen und Ärzte eine nichtständische Politik erhoffen, ohne damit ihre beruflichen Interessen preisgeben zu wollen.

In dieser Konstellation liegt eine gesundheitspolitische Chance zur Verbesserung der Krankenhausversorgung. Gewerkschaftliche und politische Reformkräfte könnten hier eine Bastion gewinnen: Obwohl 83,000 Ärzte im Krankenhaus beschäftigt sind, existiert kein eigenständiges Berufsbild »Krankenhausarzt«. Noch immer gilt die Klinik für die meisten Ärzte als Durchgangsstation; wer dauerhaft hier arbeitet, ist »hängengeblieben«. Dieser Zustand ist nicht nur beruflich unbefriedigend, sondern zugleich auch eine wesentliche Ursache für die mangelhafte medizinische Versorgung im Krankenhaus, das mit seinen Aus- und Weiterbildungsfunktionen derzeit völlig überfordert ist. In der insgesamt fragwürdigen ärztlichen Hierarchie ist besonders die Relation zwischen erfahrenen Fachärzten (mit und ohne Oberarztstatus) und Assistenzärzten ungünstig. Die Folgen: Assistenzärzte werden weitgehend autodidaktisch zu Fachärzten. Für die einzelnen Patient/inn/en hängt die Qualität ihrer medizinischen Versorgung nicht zuletzt davon ab, ob sie das Glück haben, an einen begabten Autodidakten zu gelangen. Die Arbeit der ausgebildeten Fachärzte besteht in zu hohem Maße in partiellen Eingriffen und zu wenig in der gesamten Behandlung der Patient/inn/en. Zum Nachteil ihres geringen zahlenmäßigen Anteils

addiert sich dadurch noch ihre Dequalifizierung. — Durch das veränderte Zahlenverhältnis zugunsten höherer Qualifikationen würden sich bei der Entwicklung des Krankenhaus-Facharztes zunächst die Personalkosten begrenzt erhöhen. Aber auf der anderen Seite könnte die Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden, besonders durch Vermeidung von Fehldiagnosen und der bei Assistenzärzten gängigen häufigen Defensiv- und Absicherungsdiagnostik sowie übermedikation, durch schnellere, präzisere und konsistentere Erstellung von Therapieplänen usw. Einsparungen bei den Behandlungskosten als Ergebnisse von (zu kontrollierenden) Qualitätsverbesserungen sind nicht nur humaner, sondern auch realistischer zu erwarten, als durch indirekte ökonomische Hebel.

Damit sollte nur *ein* Beispiel von vielen angeführt werden für die — besonders auch im Pflegebereich liegenden — Möglichkeiten, Perspektiven für die Beschäftigten mit dem Interesse an verbesserter Leistungsfähigkeit zu verknüpfen als Elemente einer arbeitnehmerorientierten und finanzierbaren Gesundheitspolitik.

Anmerkungen

- 1 Vgl. meinen Aufsatz: Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? In: WSI-Mitteilungen, Nr. 10/1979, 537ff. Dort wird der (noch immer gültige) Nachweis geführt, warum ein solches Konzept scheitern muß, u.a. aufgrund seiner Budget- bzw. Einnahmeorientierung, der Machtdeterminiertheit des Interventionsprofils und der Blindheit seiner finanziellen (indirekten) Steuerungsmechanismen gegenüber den Kriterien der Qualität und Wirksamkeit.
- 2 Als immanentes und auf diese Weise eindrucksvolles Fazit vgl. Berg H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Sankt Augustin: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- 3 Als Marx meinte, eine Idee müsse sich stets blamieren, wo sie dem Interesse gegenübersteht, konnte er die gesundheitspolitischen Realpolitiker und ihre Experten noch nicht gekannt haben. Hier kann nämlich von »Ideen«, in denen sich nicht sogleich herrschende Interessen ausdrücken, kaum die Rede sein.
- 4 Das meint u.a. die Vorrangigkeit privater und frei-gemeinnütziger vor staatlichen Trägern, die nicht zuletzt mit größerer Kontextnähe und Überschaubarkeit legitimiert wird.
- 5 HB-Information vom 10.01.1988.
- 6 Zu diesem ökonomischen Grundsachverhalt s. Kühn, H.: Kostendämpfung ..., a.a.O., 539 u. 546.
- 7 Exemplarisch für die technokratische Desinteressiertheit am empirischen Geschehen im Krankenhaus vgl. Westphal, E., 1986: Das Fiasko der Krankenhauskosten. In: Die Ortskrankenkasse, 21/1986, 640ff. Der Autor ist Direktor im AOK-Bundesverband und möchte u.a. die Chefarztvergütung an das Ausmaß von

Kürzungen binden (»erfolgsabhängige Chefarztverträge«) und mit dem Instrument der diagnoseabhängigen Fallpauschale »eine geräuscharme Kapazitätspolitik« betreiben.

- 8 Vgl. Reichelt, A., 1986: Der ICD-Schlüssel als ökonomischer Hebel für die Krankenhäuser? In: Technologie und Medizin. Argument-Sonderband 141, West-Berlin.
- 9 Vgl. Kühn, H., 1979: Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhaus. In: Soziale Medizin. Argument-Sonderband 30, Berlin, 46ff.
- 10 Vgl. Lawson, R., 1987: Gegensätzliche Tendenzen in der sozialen Sicherheit. Ein Vergleich zwischen Großbritannien und Schweden. In: Zeitschrift für ausländische und internationales Sozialrecht, 1. Jg. Heft 1/1987, 23ff.
- 11 Kühn, H.: Zur Theorie ..., a.a.O.