

# Anhang 1.

## Rahmen des Gesundheitssektors

Der Gesundheitssektor ist mit seinen wechselseitigen Abhängigkeiten ein hoch komplexes System.<sup>1</sup> Eine Schwierigkeit dieser Systeme besteht in der Identifikation beeinflussender Faktoren. Lineare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind Konstrukte, welche die Komplexität reduzieren. Aspekte des „Systems Krankenhaus“ sollen mit diesen Konstrukten beschrieben werden. Die identifizierten Faktoren beeinflussen sich wechselseitig und sind nur für die hier notwendige systematische Strukturierung linear dargestellt.

Die unterschiedlichen Aspekte im Gesundheitswesen, die auch für die Krankenhausumwelt von Bedeutung sind, werden dargestellt. Dabei handelt es sich einerseits um die Dimensionen der Gesellschafts-, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik und andererseits um historische und kulturelle Dimensionen.

Die Erörterung folgt einer Logik von außen nach innen:

- **Makroebene**  
Wirtschafts-, sozial-, gesundheits-, gesellschaftspolitische, historische und technologische Rahmenbedingungen.
- **Mesoebene**  
Gesundheitssektor.
- **Mikroebene**  
Werte des Krankenhausmanagements, Ökonomisierung des Krankenhauses, Krankenhaus-Marketing, Patient-Relationship-Management und E-Marketing.

Es wird unterstellt, dass Krankenhäuser stets mit Veränderungen ihrer äußeren Rahmenbedingungen konfrontiert sind. Diese üben einen hohen Anpassungs- und Veränderungsdruck aus. Wollen Krankenhäuser diesen Anforderungen gerecht werden, müssen sie sich in ihrer Unternehmensphilosophie und -strategie an diese Veränderungen anpassen.<sup>2</sup>

Ein Einblick in die geschichtliche Entwicklung der sozialen Marktwirtschaft ist notwendig, da gegenwärtige Einstellungen und Werthaltungen vor dem historischen Hintergrund verständlicher scheinen.<sup>3</sup> Dieses Kapitel möchte für die verschiedenen Denktraditionen sensibilisieren, aus denen viele der aktuellen marktorientierten Lösungsansätze im Gesundheitssystem entspringen.

---

<sup>1</sup> vgl. Taschner (2001:84)

<sup>2</sup> vgl. Gorschlüter (1999:5)

<sup>3</sup> vgl. Greifenhagen (1997:189)

*Werthaltungen  
sind vor dem  
historischen  
Hintergrund  
verständlicher.*

## 1.1. Soziale Marktwirtschaft

Die Idee des Klassischen Liberalismus ist in der Auseinandersetzung mit dem Wirtschaftssystem des Absolutismus im 18. und 19. Jahrhundert entstanden. Der generelle Verzicht auf die Einmischung des Staates wurde gefordert. Der Staat sollte lediglich Freiheitsrechte sichern und die innere wie äußere Sicherheit gewährleisten. Private Unternehmen und Haushalte sollten über die Produktion, die Art der Einkommenserzielung und -verwendung entscheiden. Als „... Steuerungs- bzw. Kontrollmechanismus sollte der (freie) Leistungswettbewerb ...“<sup>4</sup> dienen. Bei der Verfolgung der jeweiligen Interessen sollte der Markt das Zusammenspiel regeln. Unterstellt wurde, dass im freien Spiel von Angebot und Nachfrage sich Preise als Knappheitsmesser für die einzelnen Güter bilden. Der Marktpreis bringt Angebot und Nachfrage zum Ausgleich.

Im Industriekapitalismus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es erhebliche Konjunkturschwankungen und unkontrollierte Kapitalkonzentrationen.<sup>5</sup> Die Lebensbedingungen vieler Teile der Bevölkerung verschlechterten sich.

**Aktions-  
gemeinschaft  
Soziale  
Marktwirtschaft**

[www.asm-ev.de](http://www.asm-ev.de)

Der Neoliberalismus im 19. und 20. Jahrhundert versuchte die Marktwirtschaft weiter zu entwickeln. Die Staatsaufgaben wurden erweitert um die Wettbewerbssicherung, die soziale Grundabsicherung des Einzelnen und die Vermeidung von geld- und währungspolitischen Störungen.

In Deutschland wurden nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges ähnliche Ansätze von der so genannten „ordoliberalen Freiburger Schule“ entwickelt. Diese ging von einer staatlich geschützten marktwirtschaftlichen Ordnung aus und hatten prägenden Einfluss auf die Ausgestaltung der sozialen Marktwirtschaft. Hinzu kommen anthropologische Werte und Ideen der christlichen Soziallehre. Aspekte des sozialen Ausgleichs wurden verstärkt in die Wirtschaftsordnung Deutschlands eingebunden. Diese übergeordnete Idee sollte es ermöglichen, übergreifend wirtschaftliche, soziale und gesellschaftliche Vorstellungen miteinander zu versöhnen.<sup>6</sup>

Eng verbunden mit diesen Entwicklungen ist die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik, die im Folgenden beschrieben wird.

## 1.2. Gesundheitspolitik

In Abhängigkeit von den nationalspezifischen Ausprägungen bildeten sich in Europa unterschiedliche Formen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung heraus.

<sup>4</sup> Sekul/Friedrich (1997:8f)

<sup>5</sup> vgl. Schröder (1997:19)

<sup>6</sup> vgl. Sekul/Friedrich (1997:9f)

ROSENBROCK<sup>7</sup> unterscheidet drei Typen von Gesundheitspolitik:

- das wirtschaftsliberale,
- das konservative und
- das sozialdemokratische Modell.

**Wissenschafts-  
zentrum Berlin**

[www.wz-berlin.de](http://www.wz-berlin.de)

Das konservative Modell in Deutschland beruht ideologisch auf einer Mischung aus staats- und unternehmensorientiertem Paternalismus und katholischer Soziallehre beziehungsweise protestantischer Leistungsorientierung. In diesem Modell werden Rechte und Leistungen insbesondere in Abhängigkeit von beruflich bedingten Hierarchien gewährt. Die Leistungserbringung ist gemischtwirtschaftlich organisiert. Die Zuschussbereiche sind öffentlich finanziert und organisiert. Die jeweils gewinnträchtigen Sektoren stehen unter Privatisierungstendenz.

*Modelle der  
Gesundheitspolitik*

Ausprägungen finden sich im Versicherungssystem, das unter staatlicher Aufsicht steht. Es finanziert sich überwiegend aus den einkommensabhängigen Beiträgen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Da die Beiträge nicht nach dem individuellen Risiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit kalkuliert sind, entsteht innerhalb der Versichertengemeinschaft ein Solidarausgleich. Durch die formal gleiche Zugangschance zu sozialpolitischen Leistungen, nimmt die Sozialpolitik Einfluss auf den Abbau sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod.<sup>8</sup>

Durch die Einbindung der Sozial- und Gesundheitspolitik in das System der sozialen Marktwirtschaft werden zunehmend Aspekte des wirtschaftsliberalen Modells herangezogen. Diese bestehen aus Instrumenten, Zugangsbedingungen und Institutionalisierungen, welche der Logik der Marktwirtschaft entnommen werden.

Die beschriebenen nationalstaatlichen Entwicklungen sind nicht isoliert zu betrachten. Sie verlaufen parallel zu den weltweiten Entwicklungen und sind stark von ihnen beeinflusst.

### **1.3. Globalisierung**

Globalisierung bezeichnet einen Prozess, an dessen Anfang die Einsicht stand, dass sich Staaten „... wirtschaftlich nicht abschließen, sondern in einen offenen Austausch mit anderen Volkswirtschaften treten ...“<sup>9</sup>. Jeder Staat soll davon „... profitieren und Wohlstandsgewinne erzielen ...“<sup>10</sup>. Es kommt zu einer „... zunehmenden, weltweiten Verflechtung der Güter-, Kapital- und Arbeitsmärkte ...“<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> vgl. Rosenbrock (1998:10ff)

<sup>8</sup> vgl. Rosenbrock (1998:10ff)

<sup>9</sup> von Plate (1999:3)

<sup>10</sup> von Plate (1999:3)

<sup>11</sup> Börsch-Supan/Winter (2000:2)

*Die Globalisierung ist mit dem Problem der Anpassung an sich stets verändernde Bedingungen verbunden.*

Kern der Globalisierung ist die Ausweitung internationaler Arbeitsteilung, welche mit dem Problem der Anpassung an sich stets verändernde Bedingungen verbunden ist.<sup>12</sup> Diese internationale Arbeitsteilung ist gekennzeichnet durch:

- die Verlagerung des Produkt- bzw. Dienstleistungshandels von den nationalen Wirtschaften auf weltweite Märkte,
- die Internationalisierung der Unternehmen und Konzentrationsprozesse auf den Märkten und
- die zunehmende Vernetzung des Wissens durch rasante Entwicklungen im Bereich der modernen Kommunikations- und Informationstechnologien.<sup>13</sup>

Die gesellschaftlichen, kulturellen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen der Globalisierung werden sehr kontrovers diskutiert.<sup>14</sup> Vor allem die Staats- und Regierungschefs der großen Wirtschaftsnationen erhoffen sich erhebliche Wachstumspotenziale. Kritiker befürchten eine Abwärtsspirale, in der kein Land profitiert, aber viele Länder verlieren.<sup>15</sup>

Beschleunigt wurde diese Entwicklung durch Innovationen im Bereich der Mikroelektronik, Telekommunikation sowie Methoden zur Gewinnung, Übertragung und Speicherung von Informationen.<sup>16</sup> Die Globalisierung der Produktion bedeutet bei den heutigen informations- und kommunikationstechnischen Möglichkeiten, eine Individualisierung der Märkte. Wissen ist heute weltweit verfügbar. Heute ist es mit dem Internet möglich, sich weltweit über Produkte zu informieren, sie zu bestellen und mittels virtueller Kassen mit seiner Kreditkarte bezahlen. Dabei wird ein Profil vom Nutzer des Internets erhoben und gespeichert. Jeder Kunde wird individuell behandelt. Seine Wünsche sind bekannt, sein erwarteter bzw. errechneter Bedarf wird in persönliche Verkaufsanstrengungen umgesetzt.<sup>17</sup>

#### **1.4. Technologische Entwicklung**

1945 entstand in den USA durch Entwicklungen der Elektronik der erste Großcomputer. Die weiteren technologischen Entwicklungen der Mikroelektronik führten zu einer erhöhten Leistungsfähigkeit dieses Instrumentes.

Die Vernetzung mehrerer an unterschiedlichsten Orten befindlicher Computer hat das Entstehen des Internets ermöglicht. Das Internet als übergreifendes Netzwerk nahm seinen Aufschwung durch die Fähigkeit schnell, problemlos und kostengünstig Nachrichten aller Art

---

<sup>12</sup> vgl. Franzmeyer (1999:8)

<sup>13</sup> vgl. Sekul/Friedrich (1997:17f)

<sup>14</sup> vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (1999:3ff)

<sup>15</sup> vgl. Sekul/Friedrich (1997:17f)

<sup>16</sup> von Plate (1999:3)

<sup>17</sup> vgl. Albach (1997:2ff)

austauschen zu können. So entstand als ein Nutzungselement das System der „E-Mail“.<sup>18</sup>

Die multimediale Ausgestaltung und innere Struktur (Querverbindungsmöglichkeiten zu anderen Informationsquellen) des Internets führten schließlich zur Entwicklung des „World Wide Web“. Dadurch vergrößerte sich der Anwendungsbereich des Internets und dessen Verbreitung.

Der eigentliche Siegeszug erfolgte erst mit der rasanten Entwicklung von Einzelcomputern (Personal Computer, PC). Diese waren bald leistungsfähig genug, um einzelne Nutzer unmittelbar die Angebote des Internets wahrnehmen zu lassen. Heute ist das Internet ein weltweit verbreitetes öffentliches Computerverbundnetz, das eine Vielzahl von Netzteilnehmern miteinander verbindet.<sup>19</sup>

Die universale Einsetzbarkeit des Internets hat zu weit reichenden und weltweiten Veränderungen der Arbeitswelt geführt.<sup>20</sup> Seine Anwendbarkeit im Produktions- und Verwaltungsbereich führte zur enormen Ausbreitung des Computers in den Unternehmen. Durch die globale Vernetzung ergeben sich für die Unternehmen besondere Möglichkeiten der Information, Kommunikation sowie der Planung und Gestaltung von Geschäftsprozessen, die heute unter dem Begriff des „Electronic Commerce“ subsumiert werden.

**Geschichte des  
Internets**

[www.w3.org/history.org](http://www.w3.org/history.org)

## 1.5. Der Gesundheitssektor

Der Gesundheitssektor ist ein Subsystem des sozialen Bereiches. Seine Aufgaben bestehen darin, Krankheiten vorzubeugen und zu heilen.<sup>21</sup> Das gesundheitspolitische Ziel im Erreichen eines „... Gesundheitszustand der Bevölkerung auf hohem Niveau ...“<sup>22</sup> stellt das gesundheitspolitische Ziel dar.

Gesundheitspolitische Entscheidungen stellen wesentliche Anforderungen an diesen Bereich. Gesundheitspolitik ist nicht nur „staatlich verordnet“. Sie findet überall dort statt, wo der Gesundheitszustand des Menschen positiv oder negativ beeinflusst wird.<sup>23</sup>

Der Gesundheitssektor konkurriert um die finanziellen Ressourcen mit anderen Bereichen. Die konkrete Obergrenze der Gesundheitsausgaben ist hierdurch jedoch nicht vorgegeben. Sie beruht vielmehr auf einer gesundheitspolitischen Festlegung und ist

<sup>18</sup> vgl. Schweigler (1999:22)

<sup>19</sup> vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie Referat für Öffentlichkeitsarbeit (1999:1)

<sup>20</sup> vgl. Scharfenberg (1993:6ff)

<sup>21</sup> vgl. Haubrock/Peters/Schär (1997:45)

<sup>22</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:237f)

<sup>23</sup> vgl. Rosenbrock (1998:3)

damit einem gesellschaftlichen Aushandlungsprozess unterworfen. Dieser beschäftigt sich mit der grundlegenden Frage, wie und nach welchen Kriterien die medizinischen Ressourcen verteilt werden sollen.<sup>24</sup>

Gesundheits-  
politische Debatte

In der gesundheitspolitischen Debatte ist die Ausgabenebene überbetont. Diese einseitige Orientierung an den Ressourcen findet Ausdruck in ökonomischen Lehrsätzen. Danach sind die „menschlichen Bedürfnisse“ grundsätzlich „unbegrenzt“ und die Ressourcen stets „knapp“. Die grundsätzlichen Reaktionen auf die unterstellte „Knappheit“ der Ressourcen im Gesundheitswesen sind Rationalisierungen, Rationierungen oder eine Erhöhung der verfügbaren Mittel.<sup>25</sup>

Aus diesen Annahmen werden oft weit reichende „... gesundheitspolitische Schlussfolgerungen abgeleitet ...“<sup>26</sup>. Diese werden von den Unternehmen im Gesundheitswesen als Rahmenbedingungen wahrgenommen.

Der nächste Abschnitt stellt das Volumen des Gesundheitswesens dar.

### **Volumen des Gesundheitssektors**

Um die Entwicklung des Gesundheitssektors Deutschlands zu verdeutlichen, lohnt sich ein Blick auf den Anteil dieses Sektors am Bruttoinlandsprodukt. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit lag der Anteil:<sup>27</sup>

- 1970 bei 6,3 Prozent,
- 1990 bei 8,7 Prozent,
- 1997 bei 10,7 Prozent.

Das absolute Gesamtvolumen für den Gesundheitsbereich des Jahres 1997 betrug 517 Milliarden Deutsche Mark. Mit 320,49 Milliarden Deutsche Mark (entspricht 62 Prozent) der Gesamtausgaben nahm die Behandlung den größten Teil in Anspruch. Davon entfielen 129,26 Milliarden Deutsche Mark (entspricht 25 Prozent) auf die stationäre Behandlung - den größten Wirtschaftssektor im Gesundheitswesen.<sup>28</sup> Die Gesetzliche Krankenversicherung trug 82,80 Milliarden Deutsche Mark<sup>29</sup> (entspricht 64 Prozent) der entstandenen Kosten.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Anteile der Krankenhausbehandlung.<sup>30</sup>

<sup>24</sup> vgl. Marckmann (2000:242)

<sup>25</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001:17)

<sup>26</sup> vgl. Braun/Kühn/Reiners (2000:254)

<sup>27</sup> Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2000:9.2)

<sup>28</sup> Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2000:10.10)

<sup>29</sup> Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2000:10.12)

<sup>30</sup> Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2000:10.12)

Bundes-  
ministerium für  
Gesundheit

[www.bm.gesundheit.de](http://www.bm.gesundheit.de)

Aufwendungen Krankenhausbehandlungen ges. Jahresrechnungsergebnisse (in Mrd. DM)			
Jahr	1995	1996	1997
Betrag	79,69	80,87	82,80

**Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtaufwendungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungsart Krankenhausbehandlung in Deutschland**

Die statistischen Zahlen zeigen auf, dass die „... Ausgaben im Gesundheitswesen in den letzten Jahren angestiegen sind ...“<sup>31</sup> und dieser Sektor als „... ein dynamischer Wachstumsmarkt ...“<sup>32</sup> bezeichnet werden kann.

Seit den Jahren 1970 bis 1999 ist der durchschnittliche Beitragssatz über alle gesetzlichen Krankenkassen von 8,2 Prozent auf 13,6 Prozent gestiegen. Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1976 und 1991 blieb dabei jedoch annähernd konstant bei sechs Prozent.<sup>33</sup> Die Erhöhung der Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung erklärt sich vornehmlich aus den Einnahmedefiziten. Diese sind durch eine „... Verringerung der Beitragsgrundlagen als Folge der lange Zeit steigenden und anhaltend hohen Arbeitslosigkeit ...“<sup>34</sup> und einem „... sinkenden Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen ...“<sup>35</sup> gekennzeichnet.

Diese Entwicklungen können im Wesentlichen auf sozialpolitische Interventionen zurückgeführt werden. Ein Beispiel dafür ist das 1989 verabschiedete Rentenreformgesetz. Die Beitragsüberweisungen der Bundesanstalt für Arbeit an die Gesetzliche Krankenversicherung wurden zum 01.01.1995 um 20 Prozent gekürzt, was zur Konsolidierung der Arbeitslosenversicherung beitragen sollte.<sup>36</sup>

Wichtig erscheint, dass das dargelegte Wachstum des Gesundheitssektors nicht vorrangig als „... kostenmäßige Belastung von Wirtschaft und Gesellschaft ...“<sup>37</sup> gesehen werden kann. Eine unter dem Schlagwort „Kostenexplosion“ geführte Diskussion muss als Verkürzung des Problembereiches angesehen werden.<sup>38</sup> Ausgabensteigerungen stellen keine Fehlentwicklung dar, wenn sie die

<sup>31</sup> Marckmann (2000:240)

<sup>32</sup> Schmitt (2000:o.A.)

<sup>33</sup> vgl. Marckmann (2000:241); Kühn (2001:5)

<sup>34</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

<sup>35</sup> Marckmann (2000:241)

<sup>36</sup> vgl. Simon (1997:5)

<sup>37</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:238)

<sup>38</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

Folge des medizinisch-technischen Fortschritts, einer Veränderung des Krankheitsspektrums und der Bevölkerungsalterung sind.<sup>39</sup> Wesentlich erscheinen die positiven gesellschaftlichen Wohlfahrtseffekte einer „... niedrigen bzw. sinkenden Morbidität und Mortalität als Folge eines leistungsfähigen Gesundheitssystems ...“<sup>40</sup>. Der Gesundheitssektor ist von „... großer gesamtwirtschaftlicher Wachstums- und Beschäftigungsrelevanz ...“<sup>41</sup>.

Nur in Ansätzen wurde bisher ermittelt, welchen Beitrag Therapie, berufliche und soziale Rehabilitation, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Berufs- wie Erwerbsunfähigkeitsrenten für die Volkswirtschaft leisten. Steigende Ausgaben für Gesundheitsleistungen in einer alternden Wohlstandsgesellschaft sind zudem „... a priori nichts Schlechtes, wenn sie Ergebnis entsprechend geänderter Präferenzen sind ...“<sup>42</sup>.

In der gesundheitspolitischen Debatte werden hauptsächlich drei „... dynamische kostentreibende Faktoren ...“<sup>43</sup>, des Gesundheitssektors in den Vordergrund gestellt. Die Bevölkerungsalterung, der medizinisch-technische Fortschritt und die Veränderung des Krankheitsspektrums werden als stärkste Einflussgrößen genannt. Bei näherer Betrachtung dieser Faktoren zeigt sich jedoch, dass die einfache Übernahme dieser Annahmen nicht möglich ist. Dieses soll nur an einem der genannten Faktoren verdeutlicht werden.

### ***Demografische Entwicklung***

Allgemein lässt sich ein Strukturwandel in Form eines Anstiegs der „... absoluten und relativen Zahl älterer Menschen sowie ein Anstieg der Hochbetagten und Langlebigen ...“<sup>44</sup> feststellen. Ursachen für diesen Wandel sind vor allem die rückläufige Säuglings- und Kindersterblichkeit und der Zuwachs an Lebenserwartung im hohen Alter.<sup>45</sup>

Die Veränderungen der quantitativen Größen der Altersgruppen weisen auf das Gewicht anstehender gesellschaftlicher Herausforderungen hin. Jede Gesellschaft muss ihren Zusammenhalt und ihre mögliche Weiterentwicklung fortlaufend neu bestimmen. Es gibt bislang weltweit keine Erfahrung damit, wie sich eine hochentwickelte

**Institut für  
Demoskopie  
Allensbach**

[www.ifd-  
allensbach.de](http://www.ifd-allensbach.de)

<sup>39</sup> vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

<sup>40</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:238)

<sup>41</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:238)

<sup>42</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

<sup>43</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

<sup>44</sup> Prah/Schroeter (2000:31ff)

<sup>45</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001:15)



Industriegesellschaft bei einer Verschiebung der Relationen zwischen Jung und Alt verändert.

In der gesundheitspolitischen Meinungsbildung wird der Anstieg der Gesundheitsausgaben infolge der demografischen Entwicklung kontrovers diskutiert - meist mit negativen Konnotationen wie der „Altenberg“, „Überalterung“ oder „Generationenkrieg“.

Nach wissenschaftlicher Meinung trifft die allgemeine Behauptung, dass bei Patienten mit höherem Lebensalter lebenserhaltende Therapien vermehrt zum Einsatz kommen, nicht zu.<sup>46</sup> Ein „... relevanter Teil der Steigerungen geht auf Veränderungen in der Behandlung alter Menschen zurück (in Verbindung mit Preis- und Mengeneffekten) und nicht auf deren wachsenden Anteil, ist also nicht demografisch bedingt ...“<sup>47</sup>. Die großen Ausgabenposten der schwer und chronisch Kranken hängen weniger vom Alter als von der Nähe zum Tod ab. Die Ausgaben in der zeitlichen Nähe des Todes sind sogar um so höher, je jünger die Patienten in ihrem letzten Lebensjahr sind.

Dieses Beispiel soll deutlich machen, dass die gesundheitspolitische Debatte über vermeintliche Ursachen einer künftigen Nichtfinanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht rein wissenschaftlich, sondern stark interessenbestimmt ist.<sup>48</sup> Eine Folge dieser interessenbestimmten Debatte sind die zunehmende Markt- und Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen. Wie sich dieses auf das Krankenhaus auswirken kann, wird folgend behandelt.

## 1.6. Ökonomisierung

Je mehr die Notwendigkeit der Leistungen und ihr Gesamtpreis zum gesundheitspolitischen Problem werden, umso mehr besteht die Tendenz, auch das Gesundheitswesen unter ökonomischen Gesichtspunkten zu betrachten. Die marktwirtschaftliche Umgestaltung des Gesundheitssektors führt dazu, dass die gesundheitspolitischen Themen vorwiegend einer ökonomischen Logik folgen.

Die gewandelten Rahmenbedingungen für Krankenhäuser haben vielfältige Veränderungsprozesse im stationären Sektor ausgelöst. Zu den Positiven zählen die Verbesserung der internen Ablauforganisation und die Einführung interner Qualitätsmanagementansätze.<sup>49</sup> Es sind jedoch auch problematische Entwicklungen zu beobachten, deren bedeutendste die „... Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen ...“<sup>50</sup> ist.

---

<sup>46</sup> vgl. Kühn (2001:12)

<sup>47</sup> Kühn (2001:12)

<sup>48</sup> Kühn (2001:10)

<sup>49</sup> vgl. Simon (2001:79)

<sup>50</sup> Simon (2001:79)

*Medizinisch-  
pflegerische  
Versorgungsziele  
werden von  
ökonomischen  
Zielen überlagert.*

Mit dem Begriff der Ökonomisierung des Krankenhauses ist ein Prozess des Eindringens ökonomischer Kalküle in das patientenbezogene Denken und Handeln gemeint. Er führt tendenziell dazu, dass medizinisch-pflegerische Versorgungsziele von ökonomischen Zielen überlagert werden.<sup>51</sup>

Das Einfallstor der Ökonomisierung im Krankenhaus scheint vor allem die Verunsicherung der wirtschaftlichen Existenz von Krankenhäusern zu sein. Zu diesen Faktoren zählen als Wesentlichste die Änderungen der Krankenhausfinanzierung. Unter dem gestiegenen ökonomischen Druck wird der Budgeterfolg entscheidend für die kurz- und mittelfristige Sicherung der wirtschaftlichen Existenz eines Krankenhauses.<sup>52</sup>

Es gilt zu analysieren, welche strukturellen Ursachen zu solchen Erscheinungen geführt haben. Es sollten Bedingungen geschaffen werden, welche die Konflikte zwischen Patientenbedürfnissen und einzelwirtschaftlichem Interesse des Krankenhauses entschärfen.<sup>53</sup>

Diese Feststellung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Werte des Krankenhauses, welche die Krankenhauskultur entscheidend mitbestimmen. Das Denken des Managements nach „reiner betriebswirtschaftlicher Logik“ ist dabei durchaus nicht wertfrei. Unternehmerisches Handeln ist in einem Unternehmensethos fundiert, dessen implizite Wertorientierung in der Geistesgeschichte zu finden ist.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Wirtschaftsentwicklung in Deutschland die sozialen Sicherungssysteme nachhaltig betrifft. Wie aufgezeigt werden konnte befindet sich das Krankenhaus im Umfeld beschreibbarer Orientierungen. In diesem Spannungsfeld muss es agieren. Im nächsten Kapitel wird auf weitere Bedingungen und Einflussfaktoren eingegangen.

---

<sup>51</sup> vgl. Simon (2001:24)

<sup>52</sup> vgl. Simon (2001:19)

<sup>53</sup> vgl. Simon (2001:24f)