
Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren

Michael Simon

1 Einleitung

Im diesem Beitrag wird im ersten Teil die Entwicklung des Krankenhausbereichs seit Anfang der 1970er Jahre dargestellt, um anschließend zentrale Entwicklungstendenzen zu diskutieren.¹ Im Zentrum des Beitrages steht die These, dass seit den 1980er Jahren ein marktwirtschaftlicher Umbau des Krankenhausbereichs feststellbar ist. Wurden Krankenhäuser in den 1970er Jahren noch als gemeinwohlorientierte Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge angesehen, die keinem Markt ausgesetzt werden dürfen und wirtschaftlich zu sichern sind, sofern sie als bedarfsgerecht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurden, so setzte Mitte der 1980er Jahre ein marktwirtschaftlicher Umbau ein. Krankenhäuser werden seitdem zunehmend als Wirtschaftsunternehmen behandelt, die sich an ihren einzelwirtschaftlichen Zielen zu orientieren und aus dem ‚Verkauf‘ ihrer Leistungen selbst zu finanzieren haben.

Der marktwirtschaftliche Umbau hat vielfältige Auswirkungen auf die Innenwelt der Kliniken. Er hat nicht nur zu einer Verschlechterung von Arbeitsbedingungen vor allem der Beschäftigten in den Wirtschaftsdiensten und im Pflegedienst

1 Die historische Darstellung der 1970er und 1980er Jahre beschränkt sich auf Westdeutschland. Diese Eingrenzung erscheint insofern vertretbar, als die Krankenhausversorgung in der DDR Teil des staatlichen Gesundheitswesens und in noch höherem Maße staatlich reguliert war als im Westdeutschland der 1970er und 1980er Jahre.

geführt, sondern auch zu einer zunehmenden Beeinflussung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle.

2 Die historische Entwicklung

Die 1970er Jahre: Die erste gesetzliche Regelung der Krankenhausfinanzierung (KHG 1972)

Die stationäre Krankenversorgung in den 1970er Jahren ist nur angemessen zu verstehen, wenn sie vor dem Hintergrund der beiden vorhergehenden Jahrzehnte betrachtet wird. In den 1950er und 1960er Jahren verfügte der Bund über keine Gesetzgebungskompetenz für den Krankenhausbereich und konnte nur mit Hilfe des Wirtschaftsrechts regulierend eingreifen (zur Entwicklung des Krankenhausbereichs insgesamt vgl. Simon 2000). Die auf dieser Grundlage 1954 geschaffene erste Pflegesatzverordnung nutzte er in erster Linie zum Schutz der Krankenkassen vor Pflegesatzsteigerungen. Der Bund war und ist lediglich für die wirtschaftliche Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich, nicht jedoch für die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung der Bevölkerung. Den so genannten ‚Sicherstellungsauftrag‘ haben – abgeleitet aus dem Grundgesetz – die Bundesländer zu erfüllen.

Infolge der unzureichenden staatlichen Regulierung der Krankenhausfinanzierung war der Krankenhausbereich in den 1950er und 1960er Jahren unterfinanziert, was zu einer Überalterung der Bausubstanz, unzureichender technischer Ausstattung und erheblichem Personalmangel führte (BMG 1969; Simon 2000). Erst die Bildung einer großen Koalition im Jahr 1966 schuf die erforderlichen Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat, um dem Bund durch eine Grundgesetzänderung 1969 die Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhausfinanzierung einzuräumen. Drei Jahre später wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 beschlossen und damit der Grundstein für ein umfassendes System staatlicher Regulierung der Krankenhausversorgung gelegt.

Das System des KHG 1972 war getragen von Grundüberzeugungen, die bereits in den 1950er und 1960er Jahren die Krankenhauspolitik geprägt hatten (vgl. u.a. BMA 1957). Danach wurden Krankenhäuser als Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge angesehen, für deren Vorhaltung und Finanzierung letztlich der Staat verantwortlich sei. In dieser Vorstellung war es nicht mit dem sozialen Auftrag der Kliniken vereinbar, dass sie als gewinnorientierte Unternehmen betrieben werden. Dementsprechend erfolgte die stationäre Versorgung in den 1950er und 1960er Jahren auch fast ausschließlich durch öffentliche und freigemeinnützige Träger.

Das mit dem KHG 1972 geschaffene System staatlicher Regulierung der Krankenhausversorgung enthielt folgende Kernelemente:

- *Staatlicher Sicherstellungsauftrag*: Ausgehend vom Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes wird festgeschrieben, dass die Länder für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung verantwortlich sind.
- *Staatliche Krankenhausplanung*: Um die Versorgung sicherstellen zu können, haben die Länder Krankenhauspläne zu erstellen und diese regelmäßig der Entwicklung des Bedarfs anzupassen. In den jeweiligen Krankenhausplan sind alle für die Versorgung der Bevölkerung eines Bundeslandes notwendigen und leistungsfähigen Einrichtungen aufzunehmen (§ 6 KHG 1972).
- *Wirtschaftliche Sicherung der bedarfsgerechten Krankenhäuser*: Die in den Krankenhausplan als bedarfsgerecht aufgenommenen Kliniken übernehmen mit der Aufnahme in den Plan einen ‚Versorgungsauftrag‘ und sind ausreichend wirtschaftlich zu sichern, damit sie diesen Auftrag erfüllen können (§ 1 KHG 1972).
- *Duale Finanzierung*: Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt im Rahmen einer ‚dualen Finanzierung‘. Die Länder haben die erforderlichen Investitionen über eine öffentliche ‚Investitionsförderung‘ zu tragen und die Krankenkassen sowie privaten Krankenversicherungen die Kosten des laufenden Betriebs, insbesondere des Personals und der unmittelbaren Verbrauchsmaterialien (§ 4 KHG 1972).
- *Selbstkostendeckungsprinzip*: Investitionsförderung und Pflegesätze sind zusammen so zu bemessen, dass sie die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken (§ 4 Abs. 1, § 17 Abs. 1 KHG 1972).
- *Staatliche Festsetzung der Pflegesätze*: Um die Kontrolle darüber zu haben, dass die in den Krankenhausplan aufgenommenen Kliniken tatsächlich ausreichend finanziert werden, hat die zuständige Landesbehörde die Letztentscheidung über die Höhe der Pflegesätze (§ 18 Abs. 1 KHG 1972).

Bereits wenige Jahre nach Inkrafttreten des KHG 1972 wurde Kritik an dem neuen System laut. Diese richtete sich insbesondere gegen das Selbstkostendeckungsprinzip, da letzteres keinen ‚Anreiz‘ zu wirtschaftlichem Handeln setze. Dazu ist zunächst festzuhalten, dass dieses Prinzip eine logische Konsequenz der leitenden Grundsätze war. Eine in den Krankenhausplan aufgenommene Klinik konnte den damit verbundenen ‚Versorgungsauftrag‘ nur erfüllen, wenn sie ausreichend wirtschaftlich gesichert wurde. Dies ist insofern auch für die aktuellen Entwicklungen von Bedeutung, als das System der Krankenhausplanung weiterhin gilt, seit 1993 die Regelung der Krankenhausfinanzierung aber keine ausreichende wirtschaft-

liche Sicherung der in den Krankenhausplan aufgenommenen Kliniken mehr gewährleistet. Damit unterläuft die bundesgesetzliche Regulierung der Finanzierung die in § 1 KHG immer noch verankerten und somit geltenden zentralen Ziele staatlicher Krankenhauspolitik (Simon 2013).

Vor allem aber war das Selbstkostendeckungsprinzip nicht nur ein Prinzip, mit dem die Entstehung von Defiziten verhindert werden sollte, sondern auch eines, das die Entstehung von Gewinnen verhinderte. Krankenhäuser mussten den Krankenkassen jährlich einen detaillierten Nachweis über ihre Kosten übermitteln, und eventuell entstandene Überschüsse waren über die Absenkung der Pflegesätze einer zukünftigen Rechnungsperiode auszugleichen. Somit waren Krankenhäuser keine attraktiven Anlageobjekte für Investoren, da sie keine Rendite versprachen.

Die 1980er Jahre: Vorbereitung eines marktwirtschaftlichen Umbaus der Krankenhausversorgung – Methodik und empirische Basis

Anfang der 1980er Jahre setzte dann allerdings ein grundlegender Wandel krankenhauspoltischer Orientierungen ein. In seiner ersten Regierungserklärung kündigte der neu gewählte Bundeskanzler Kohl 1982 eine marktwirtschaftliche ‚Wende‘ in der Sozialpolitik an (Kohl 1982). Diese Ankündigung nahmen Anfang 1984 ca. 30 führende Vertreter der Wirtschaftswissenschaften zum Anlass, um in einer bundesweit erschienenen Zeitungsanzeige zur Gesundheitspolitik eine „Rückbesinnung auf die tragenden Grundpfeiler der Sozialen Marktwirtschaft“ (Münich et al. 1984) zu fordern.

Die maßgeblichen Vorarbeiten für einen marktwirtschaftlichen Umbau des Krankenhaussektors leistete eine 1981 von der Robert-Bosch-Stiftung einberufene Kommission, die den Auftrag hatte, Vorschläge für eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung zu erarbeiten. Zentraler Ausgangspunkt der von der Kommission vorgelegten Vorschläge waren „Vorbehalte gegen den Staat als Lenker“ (Kommission Krankenhausfinanzierung 1983: 62); ihre Reformvorschläge folgten dem Grundsatz, „so wenig Staat wie möglich in der Krankenhausversorgung“ (ebd.: 69). Die Kommission sprach sich dafür aus, die staatliche Krankenhausplanung abzuschaffen und die Steuerung des Sektors dem Ergebnis von Preisverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen zu überlassen. Als Preise sollten Fallpauschalen fungieren, die von den Kosten des einzelnen Krankenhauses unabhängig sind, damit Überschüsse und Defizite entstehen können. Diese würden dann in die Kliniken neue ‚Anreize‘ setzen und das ärztliche und pflegerische Personal dazu veranlassen, sein Handeln an ökonomischen Zielen auszurichten. Ein solches Preissystem würde zudem die Stellung der wirtschaftli-

chen Leitung des Krankenhauses stärken, und externer Preisdruck würde zu einer Anpassung interner Organisationsstrukturen führen (ebd.: 178).

Das Reformmodell war offensichtlich von der Vorstellungswelt der klassischen Nationalökonomie des 18. und 19. Jahrhunderts getragen, wonach der Preis Angebot und Nachfrage ausbalanciert und dadurch für eine Bedarfsdeckung sorgt. In den Worten der Kommission:

„Es gibt keine imperative Krankenhausobjektplanung. Hauptsteuerungsinstrument sind die Preise. Die Krankenkassen tragen faktisch die gesundheitspolitische Verantwortung für die stationäre Versorgung in der Region, wenn sie die Krankenhäuser durch ihre Preispolitik zur Leistungsselektion zwingen“ (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987: 25).

Die Vorschläge wurden von der Bundesregierung aufgegriffen und fanden in Teilen bereits Eingang in das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) 1984 sowie eine neu gefasste Bundespflegesatzverordnung (BpflV 1986). Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde eingeschränkt und durch eine ‚prospektive Budgetierung‘ ersetzt (Jung 1985). Die Pflegesätze waren nun nur noch auf Grundlage ‚voraussichtlicher Selbstkosten‘ zu vereinbaren, um so die Entstehung von Überschüssen und Defiziten zu ermöglichen. Der Einstieg in ein Preissystem erfolgte durch die Einführung von zunächst 16 bundesweit geltenden pauschalierten Sonderentgelten, die von Krankenhäusern auf Grundlage ihrer jeweiligen Selbstkosten kalkuliert werden konnten. Im Unterschied zu Fallpauschalen schlossen Sonderentgelte nicht die gesamten Fallkosten ein, sondern nur die Kosten der Hauptleistung wie bspw. der Operation. Für die übrigen Kosten wurden Abteilungspflegesätze berechnet, die allerdings um die Kosten der Hauptleistung zu reduzieren waren.

Diese Änderungen der Krankenhausfinanzierung sollten nur erste Schritte hin zu einer grundlegenden Reform sein. Die programmatischen Grundlagen für einen langfristig ausgerichteten Umbau wurden 1989 in einem Erfahrungsbericht des BMA zu den Wirkungen des KHNG 1984 formuliert (BMA 1989). Darin bezogen sich die zuständigen Fachbeamten des BMA explizit auf die Vorschläge der ‚Kommission Krankenhausfinanzierung‘. Sie übernahmen daraus zentrale Elemente und machten sie zur Grundlage für die strategische Ausrichtung der Krankenhauspolitik des Bundes. Die geplante umfassende Reform konnte allerdings nicht in einem Schritt vollzogen werden, sondern nur in mehreren Einzeletappen über einen längeren Zeitraum hinweg.

Die 1990er Jahre: Budgetdeckelung, neues Entgeltsystem und beginnende Ökonomisierung

Der erste Schritt zur Umsetzung der Reformagenda wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 vollzogen. Es enthielt für den Krankenhausbereich als wichtigste Maßnahmen eine ab dem 1.1.1993 geltende sog. ‚Budgetdeckelung‘ sowie die gesetzliche Ermächtigung der Bundesregierung, auf dem Verordnungsweg zum 1.01.1995 ein ‚Neues Entgeltsystem‘ einzuführen. Dieses System enthielt einen alle Abteilungen eines Krankenhauses erfassenden Basispflegesatz für die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung, ferner unterschiedliche Abteilungspflegesätze für die verschiedenen Fachabteilungen sowie pauschalierte Vergütungen, Fallpauschalen und Sonderentgelte, deren Höhe für alle Krankenhäuser bundesweit einheitlich festgelegt wurde (Tuschen et al. 1998). Ziel der Reform war die mittelfristige Umstellung auf ein reines Fallpauschalensystem.

Hier nun soll (erstmalig in diesem Beitrag) der Blick auf die Situation in den Kliniken gerichtet werden, denn mit dem Inkrafttreten des GSG traten – man könnte fast sagen ‚schlagartig‘ – Reaktionen und Veränderungen im Krankenhausbereich auf, die dort zuvor unbekannt waren. Als erstes zeigten sich deutliche Reaktionen auf die ‚Budgetdeckelung‘. Sie implizierte, dass ab dem 1.01.1993 nicht mehr die Selbstkosten – weder die tatsächlichen noch die voraussichtlichen – für die Bemessung der Krankenhausbudgets maßgeblich waren, sondern eine durch Gesetz vorgegebene Obergrenze für die jährliche Veränderung. Diese Obergrenze orientierte sich an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied. Damit war die in den 1980er Jahren geforderte Abkoppelung der Krankenhausvergütungen von den Kosten des einzelnen Krankenhauses faktisch durchgesetzt.

Die Änderung führte zu einer erheblichen Verunsicherung in Klinikleitungen und auch bei den Krankenhausträgern, da von einem Tag auf den Nächsten (vom 31.12.1992 auf den 1.01.1993) für alle Einrichtungen ein zuvor nicht gekanntes Verlustrisiko entstanden war. Die Diskussion in den Krankenhäusern und in der Fachliteratur war in dieser Zeit vor allem von der Frage nach geeigneten Strategien der Kostenkontrolle und Kostensenkung beherrscht (zu einem Überblick vgl. Simon 1997).

Maßnahmen der Kostensenkung setzten zunächst vor allem im Bereich der hauswirtschaftlichen Dienste an. Zunehmend wurden im Rahmen eines so genannten ‚Outsourcing‘ krankenhauseigene Küchen, Wäschereien und Reinigungsdienste an private Unternehmen abgegeben und die entsprechenden Leistungen dann von diesen als Sachleistung eingekauft. Die betroffenen Krankenhausbeschäftigten wurden dabei in der Regel zu dem neuen Arbeitgeber ‚übergeleitet‘ und verrich-

teten dort dieselben Tätigkeiten wie bislang, zumeist auch am selben Arbeitsplatz, aber zu niedrigeren Löhnen. Folglich konnte der private Dienstleister die Leistungen billiger anbieten als sie das Krankenhaus zuvor selbst erbracht hatte.

Allein mit solchen Strategien war jedoch das Verlustrisiko nicht auszuschalten. Die betriebswirtschaftliche Steuerung musste die ‚Kernprozesse‘ des Krankenhauses in den Blick nehmen, und die betrafen vor allem die medizinisch-pflegerischen Leistungen. Maßnahmen zur betriebswirtschaftlichen Beeinflussung vor allem der ärztlichen Tätigkeit wurde unter dem Leitbegriff der ‚medizinischen Leistungssteuerung‘ eingehend in der Fachliteratur diskutiert und in den Kliniken umgesetzt (Simon 1997).

Was ‚medizinische Leistungssteuerung‘ bedeutete, wurde bereits kurz nach Inkrafttreten des GSG 1993 auch für die Öffentlichkeit erkennbar. In Tageszeitungen erschienen erste Meldungen über die Abweisung schwerverletzter (und somit kostenaufwendiger), Patienten, die Schließung von Stationen gegen Jahresende – begründet mit der Feststellung, das Budget sei ‚erschöpft‘ – sowie die Weiterverlegung besonders kostenaufwändiger Patienten in Kliniken höherer Versorgungsstufen (zu beispielhaften Zeitungsmeldungen vgl. Simon 1996). Die Verlegungskaskade erreichte schnell die Universitätskliniken, welche – als höchste Versorgungstufe – Patienten jedoch nicht mehr weiterverlegen konnten. Sie klagten dementsprechend öffentlich über die zunehmende Zahl an Zuweisungen aus anderen Krankenhäusern und das damit verbundene gestiegene Kostenrisiko.

Die durch Zeitungsmeldungen für die Öffentlichkeit zusehends erkennbaren Veränderungen hatten ihren Ursprung darin, dass patientenbezogene Entscheidungen zunehmend durch ökonomische Ziele des Krankenhauses beeinflusst wurden. Die Budgetdeckelung und ab Mitte der 1990er Jahre die Umstellung auf pauschalierte Entgelte setzte einen Prozess der Überformung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle in Gang. Dieser zeigt sich nicht nur darin, dass kostenaufwändige Fälle weiterverlegt wurden, sondern auch darin, dass Notfallpatienten abgewiesen, Indikationsstellungen aus ökonomischen Gründen ausgeweitet, medizinisch notwendige Leistungen aus Kostengründen nicht erbracht, planbare Operationen aus wirtschaftlichen Gründen verschoben oder Patienten vorzeitig entlassen bzw. verlegt wurden.²

In welchem Umfang diese sowohl in der Krankenhausmanagementliteratur diskutierten als auch in qualitativen Interviews insbesondere von Krankenhausleitungen und leitenden Ärzten berichteten Handlungsstrategien im Krankenhausbereich Einzug hielten, ist mangels repräsentativer Datenbasis nicht feststellbar.

2 vgl. hierzu die Ergebnisse qualitativer Interviews im Rahmen eines Mitte bis Ende der 1990er Jahre durchgeführten Forschungsprojekts (Kühn et al. 2001; Simon 2001).

Entscheidend ist aber nicht die Frage, ob alle oder die Mehrheit der Krankenhäuser derartige Strategien verfolgten, sondern die Tatsache, *dass* es derartige Reaktionen auf Änderungen der Krankenhausfinanzierung gab. Denn es handelte sich um Phänomene, die unter den Rahmenbedingungen des vorherigen Systems des KHG 1972 nicht zu beobachten waren, weil das System der Krankenhausfinanzierung nach KHG 1972 keine dahingehenden ökonomischen Anreize setzte.

Bereits wenige Jahre nach Einführung der Deckelung und unmittelbar nach Einführung pauschalierter Entgelte zeigte sich somit, dass die angestrebte Umwandlung der Krankenhausversorgung in Richtung eines nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen organisierten Sektors gravierende Auswirkungen auf das Handeln in den Kliniken hat. Aber weder die zuständigen Fachbeamten im Bundesgesundheitsministerium (BMG) noch die Politik hatten Ende der 1990er Jahre Interesse an Erkenntnissen über derartige Auswirkungen. Eine auf Verlangen der Länder vom BMG in Auftrag gegebene Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems blieb auf die rein ökonomischen Effekte beschränkt, da auf Verlangen des BMG eine Untersuchung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung unterblieb (vgl. hierzu die Aussagen im Abschlussbericht zur Begleitforschung, DKI 1999: 15).

Die 2000er Jahre: Einführung des DRG-Systems, steigendes Investitionsdefizit und Rückzug der öffentlichen Träger

Das Vorhaben, ein eigenes deutsches Fallpauschalensystem über die schrittweise Erhöhung der Zahl der Fallpauschalen zu etablieren, wurde bereits nach wenigen Jahren wieder aufgegeben, da es sich als nicht praktikabel erwies. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde entschieden, stattdessen ein international bereits eingesetztes System auf Basis von ‚diagnosis related groups‘ (DRG) zu übernehmen und an die deutschen Verhältnisse anzupassen. Die Auswahl eines solchen Systems wurde den Spitzenverbänden übertragen, die sich für die Übernahme und Anpassung des australischen AR-DRG-Modells entschieden. Mit dem 2002 in Kraft getretenen Fallpauschalengesetz wurde die gesetzliche Grundlage für die Umstellung gelegt, die schrittweise ab dem Jahr 2003 erfolgte.

Die Jahre 2003 und 2004 dienten als Übungsphase, in der die Kliniken DRG-Fallpauschalen optional anwenden konnten, ohne dass dabei wirtschaftliche Vor- oder Nachteile entstanden. Zum 1.01.2005 wurde das System – wie es in der Fachdiskussion genannt wurde – ‚scharfgeschaltet‘: Ab dann konnten aus der Anwendung von DRGs Überschüsse oder Verluste resultieren. In einer bis 2009 dauernden so genannten ‚Konvergenzphase‘ wurden die zunächst auf Grundlage der krankenhausespezifischen Kosten kalkulierten Fallpauschalen in jährlichen

Schritten an einen landesweiten Durchschnittswert angeglichen. Angleichung bedeutete, dass die Fallpauschalen von Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten schrittweise abgesenkt und die von Häusern mit unterdurchschnittlichen Aufwendungen schrittweise angehoben wurden. Erklärtes Ziel der Einführung des DRG-Systems war nicht – wie vielfach angenommen – eine Absenkung der Gesamtausgaben für die Krankenhausbehandlung, sondern eine Umverteilung. Es sollte ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ geben, verbunden mit der Vorstellung, dass die Verlierer-Krankenhäuser aufgrund der Absenkung ihrer Vergütungen freiwillig aus dem ‚Markt‘ ausscheiden (Baum et al. 2000).

Der ökonomische Druck auf Krankenhäuser wurde allerdings nicht nur durch die Budgetdeckelung, die Einführung des DRG-Systems und pauschale Budgetkürzungen erhöht. Zwei weitere Entwicklungen trugen ebenfalls wesentlich zur Verschärfung der wirtschaftlichen Probleme bei. Zum einen ist die Investitionsförderung der meisten Bundesländer seit langem nicht mehr ausreichend und zum anderen ziehen sich öffentliche Träger zunehmend aus der wirtschaftlichen Verantwortung für ihre Krankenhäuser zurück.

Laut KHG sind die Länder verpflichtet, im Rahmen der dualen Finanzierung den Krankenhäusern eine öffentliche Investitionsförderung zu gewähren, aus der erforderliche Investitionen finanziert werden können. Diese Verpflichtung erfüllen die meisten Bundesländer seit mehr als zwei Jahrzehnten immer weniger. Das Volumen der Investitionsförderung nach KHG lag im Jahr 1992 noch bei insgesamt 3,8 Mrd. Euro und entsprach ca. 8,2% der Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung. Der Betrag wurde fortlaufend reduziert und lag im Jahr 2012 bei nur noch 2,6 Mrd. oder 3,2 % der Gesamtausgaben (DKG 2014). Zum Vergleich: Die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote lag 2012 bei ca. 17% (DIW 2013).

Das daraus resultierende wachsende Investitionsdefizit ist nicht nur für eine zunehmende Überalterung von Krankenhäusern verantwortlich, sondern trug auch wesentlich zu Personalabbau und Privatisierungen bei. Um dringend notwendige Modernisierungen finanzieren zu können, blieb Kliniken in der Regel nur, die erforderlichen Mittel durch Einsparungen an den laufenden Kosten zu erwirtschaften. Da die Personalkosten ca. zwei Drittel der Gesamtkosten ausmachen, bieten sie die größten Einsparreserven. Der zur Finanzierung notwendiger Investitionen durchgeführte Personalabbau traf die verschiedenen Beschäftigtengruppen in den Krankenhäusern jedoch in sehr ungleichem Maße (Simon 2008, 2014). Während Beschäftigte der Wirtschaftsdienste vielfach in gemeinsam mit privaten Unternehmen gegründete Servicebetriebe mit deutlich schlechteren Gehaltstarifen ‚ausgegründet‘ und im Pflegedienst in erheblichem Umfang Stellen gestrichen wurden, ist im ärztlichen Dienst seit Anfang der 1990er ein kontinuierlicher Personalaufbau zu verzeichnen, mit den höchsten Zuwachsraten bei Oberarztstellen

(Simon 2008). Betrachtet man den Zeitraum zwischen dem Jahr 1996 (in dem der Stellenabbau im Pflegedienst einsetzte) und dem Jahr 2013, so sank die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser um ca. 35.000 oder 10%. Die Zahl der Assistenzärzte stieg hingegen um ca. 35 % und die der Oberärzte um ca. 83 %.

Der wirtschaftliche Druck auf das Krankenhauswesen wurde in den letzten beiden Jahrzehnten zudem auch durch einen Rückzug öffentlicher Einrichtungsträger verstärkt. Da nicht nur Länder, sondern auch kommunale Gebietskörperschaften seit langem unter einer Unterfinanzierung leiden, reagierten vor allem Kommunen bereits auf die Einführung der Budgetdeckelung in den 1990er Jahren mit diversen Versuchen, sich von ihren eigenen Kliniken zu trennen. Dieser Trend verstärkte sich mit Einführung des DRG-Systems. Der erste Schritt der Loslösung ist dabei in der Regel die Änderung der Rechtsform. Waren öffentliche Krankenhäuser noch bis in die 1990er Jahre fast ausschließlich sog. ‚Regiebetriebe‘ und Teil der öffentlichen Verwaltung, so gingen zunehmend mehr Kommunen dazu über, ihre Kliniken zu verselbständigen, indem sie deren Rechtsform in eine privatrechtliche umwandelten, zumeist in eine GmbH oder gemeinnützige GmbH. Diese formelle Privatisierung sollte dazu dienen, den Haushalt der Trägergemeinde vor den Defiziten des Krankenhauses zu schützen. Da dies aber, solange die Gemeinde Eigentümerin bleibt, letztlich nicht wirklich funktionieren kann, folgte bei einer wachsenden Zahl kommunaler Träger schließlich der Verkauf an eine private Klinikette. Entsprechend fiel der Anteil der öffentlichen Einrichtungen am gesamten Krankenhauswesen von 42 % im Jahr 1994 auf 30 % im Jahr 2013 und verdoppelte sich der Anteil privater Kliniken von 17,5 % auf 35 %. Da auch einige freigemeinnützige Häuser verkauft wurden, sank deren Anteil im gleichen Zeitraum von ca. 40 % auf 35 %.

Der bundesweite Trend zur zunächst formellen und schließlich auch materiellen Privatisierung hat erhebliche Auswirkungen in alle öffentlichen und auch freigemeinnützigen Krankenhäuser hinein. Sobald ein Krankenhaus defizitär wird, steht die Frage im Raum, wann die Kommune verkauft. Diese Aussicht wiederum ist in der Belegschaft der betroffenen Klinik in der Regel mit der Befürchtung verbunden, dass der neue Träger Arbeitsplätze abbaut sowie Löhne und Gehälter kürzt. Dass diese Befürchtung berechtigt ist, zeigte eine neuere (methodisch hochwertige) Analyse von Daten der Krankenhausstatistik. Diese ergab, dass nach der Übernahme durch einen privaten, gewinnorientierten Träger in der Regel ein signifikant stärkerer Stellenabbau erfolgt als in vergleichbaren Kliniken anderer Träger (Heimeshoff et al. 2014). Um Privatisierungen zu vermeiden, erklären sich in der Regel Arbeitnehmervertretungen und Belegschaften öffentlicher wie auch freigemeinnütziger Krankenhäuser im Rahmen von Notlagentarifen und krankenhäusindividuellen Vereinbarungen zu Gehaltsverzicht bereit.

Der Privatisierungstrend wurde und wird insbesondere auch durch die unzureichende Investitionsförderung der Länder verstärkt. Wenn die notwendigen Investitionen weder vom Land im Rahmen der öffentlichen Investitionsförderung noch vom Krankenhausträger übernommen werden, bleibt letztlich nur eine Finanzierung über Kredite. Um Darlehen erhalten zu können, bedarf es allerdings einer privaten Rechtsform, denn kommunale Regiebetriebe sind nicht kreditfähig. Insofern war die Rechtsformänderung vielfach auch mit dem Ziel verbunden, das betreffende Krankenhaus kreditfähig zu machen – was allerdings bei einer chronisch defizitären Klinik wenig Aussicht auf Erfolg haben konnte. Insofern entschlossen sich öffentliche Träger nicht selten in einem zweiten Schritt zur Veräußerung des Krankenhauses an eine private Klinikette. Dabei wurde in den Kaufvertrag häufig eine Klausel aufgenommen, mit der sich der neue Eigentümer verpflichtete, über einen festgelegten Zeitraum hinweg eine bestimmte Summe in das Krankenhaus zu investieren – so geschehen beispielsweise beim Verkauf der Universitätskliniken Marburg und Gießen an die Rhön-Klinikum AG (Rhön-Klinikum AG 2005).

Da die an der klassischen liberalen Wirtschaftstheorie orientierte Politikberatung auch eine Rückführung des Staatsanteils und Senkung der Steuerquote fordert, ist die Krankenhausversorgung sozusagen von mehreren Seiten ‚in die Zange genommen‘: Die am Marktmodell orientierte Reform der Krankenhausfinanzierung schafft die ökonomischen Grundlagen für Vermarktlichungsprozesse innerhalb des Krankenhaussektors; und eine am Ideal des ‚schlanken‘ Staates orientierte Fiskalpolitik legt die Basis für einen Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung und der öffentlichen Eigentümer aus der Trägerschaft. Auf diese Weise ergänzen sich Fiskal-, Wirtschafts- und Krankenhauspolitik wechselseitig bei der Überführung des Krankenhaussektors in einen sich selbst regulierenden Markt mit überwiegend gewinnorientierten ‚Anbietern‘.

3 Zentrale Entwicklungstendenzen und ihre Zusammenhänge

Betrachtet man die Entwicklung des Krankenhauswesens seit den 1970er Jahren, so kann als zentrale Entwicklungstendenz ein schrittweiser marktwirtschaftlicher Umbau festgestellt werden. Die Entwicklung ist aber keineswegs abgeschlossen und es sind immer wieder Gegenbewegungen und auch Widerstände zu verzeichnen – beispielsweise wenn Bürgerinitiativen für den Erhalt eines kommunalen Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft aktiv werden. Dieser Widerstand geht teilweise auch soweit, dass von Bürgern gegründete Vereine das von einer Schlie-

Bung bedrohte Krankenhaus übernehmen und in eigener Regie führen, wie etwa im Fall der städtischen Klinik der Stadt Einbeck, die auf diese Weise zu einem „Bürgerspital“ wurde.³

Der Trend zur Vermarktlichung wird allerdings stärker. Krankenhäuser, zuvor als gemeinwohlorientierte Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge angesehen, sehen sich zunehmend mit der Anforderung konfrontiert, zu marktfähigen ‚Dienstleistungsunternehmen‘ zu werden. Auch auf der sprachlichen Ebene zeigt sich dieser Trend, beispielsweise indem die stationäre Versorgung als ‚Krankenhausmarkt‘ und Klinikschließungen als ‚Marktaustritte‘ bezeichnet werden (vgl. u.a. GKV-Spitzenverband 2014; Preusker et al. 2014).

Einen wesentlichen Beitrag zur Vermarktlichung leistete dabei die Einführung des Fallpauschalensystems. Individuelle Patienten und Krankheitsverläufe werden zu DRG-Fallgruppen und gleich vergüteten Fallpauschalen zusammengefasst, was eine Standardisierung des ‚Krankenhausproduktes‘ ermöglicht, die wiederum Voraussetzung für eine Vergleichbarkeit und somit Marktgängigkeit der ‚Ware‘ Krankenhausleistung ist (Leidl 1987).

Der Prozess eines Zur-Ware-Werdens bleibt allerdings nicht auf die ‚Produkte‘ der Krankenhäuser beschränkt, sondern hat mittlerweile auch die Kliniken selbst erfasst, die wie eine Ware auf einem ‚Markt‘ angeboten, verkauft, erworben und weiterveräußert werden. Verkäufer sind zumeist öffentliche Träger, aber durchaus auch freigemeinnützige und private. Als Käufer treten vor allem gewinnorientierte Krankenhausketten auf, teilweise aber auch freigemeinnützige Trägerorganisationen, die über gezielte Zukäufe ihr ‚Portfolio‘ erweitern und ihre ‚Marktstellung‘ verbessern wollen.

Der marktwirtschaftliche Umbau wird primär über sog. ‚ökonomische Anreize‘ durchgesetzt. Auf der Makroebene gehen diese Anreize vom Fallpauschalensystem sowie von der Vorgabe einer Obergrenze für die jährliche Erhöhung der Krankenhausbudgets aus. Beiden Regulierungselementen gemeinsam ist, dass die Überschreitung der mit den vorgegebenen Erläsobergrenzen gesetzten Kostenlimits für das einzelne Krankenhaus mit einem Verlustrisiko verbunden ist, so wie die Unterschreitung Chancen auf Überschüsse eröffnet.

Im gesamten Transformationsprozess spielen Begriffe wie ‚ökonomische Anreize‘ und ‚Steuerung‘ eine zentrale Rolle. Der Verwendung dieser Begriffe in der wirtschaftswissenschaftlichen Politikberatung wie auch in programmatischen krankenhauspolitischen Dokumenten des Bundes wurzelt letztlich in der Vorstellungswelt der klassischen liberalen Wirtschaftstheorie des 18. und 19. Jahrhunderts und kann insofern durchaus als ‚neoklassisch‘ oder auch ‚neoliberal‘ bezeichnet

3 vgl. <http://einbecker-buergerspital.de>

werden. In diesem Denken wird implizit davon ausgegangen, bei einem Krankenhaus bzw. bei seinen Organisationsmitgliedern handle es um eine spezifische Erscheinungsform des vor allem am eigenen wirtschaftlichen Vorteil interessierten Homo Oeconomicus. Dessen Handeln – und folglich auch das der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten – könne man darum wirkungsvoll und zielgenau ‚steuern‘, wenn man nur die richtigen monetären Anreize setzt (vgl. u.a. BMA 1989; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; SVRKaIG 1992, 2002). Entsprechend dieser Annahmen über die Motive sozialen Handelns in Krankenhäusern erscheinen unerwünschte Nebenwirkungen ökonomischer Anreize nur als technische ‚Steuerungsprobleme‘, die durch das ‚Nachjustieren‘ des Steuerungsmechanismus gelöst werden können. Bestehende ökonomische Anreize brauchen – so die Vorstellung – nur leicht modifiziert oder neue Anreize geschaffen werden.

Die Empirie des Krankenhausbereiches zeigt jedoch, dass ein solches, mit ökonomischen Anreizen operierendes ‚Steuerungssystem‘ sehr wohl schwere Schäden anrichten kann. Diese sind allerdings nicht oder nur sehr indirekt an ökonomischen Kennzahlen ablesbar und insofern auch nicht durch betriebswirtschaftliche oder volkswirtschaftliche Analysen zu identifizieren. Um sie zu erkennen, bedarf es originär sozialwissenschaftlicher Theorieansätze und Forschungsmethoden. Nach einer erkennbaren Rezeption organisationstheoretischer, soziologischer oder sozialpsychologischer Wissensbestände und Forschungsergebnisse sucht man in den Gutachten der Politikberatung allerdings ebenso vergeblich wie in den programmatischen Dokumenten der Ministerialbürokratie oder gesundheitspolitischen Programmen der Regierungsparteien.

Betrachtet man den Krankenhausbereich mit den Methoden insbesondere der qualitativen Sozialforschung, so zeigt sich bereits eine ‚Deformation‘ dessen, was die lebensweltliche Grundlage der Krankenhausversorgung bildet (Braun et al. 2010; Kühn/Simon 2001; Manzeschke et al. 2008; Vogd 2006). Das Handeln des ärztlichen wie auch des pflegerischen Personals ist traditionell eben nicht vom Interesse an der Maximierung des eigenen wirtschaftlichen Nutzens geleitet, sondern wurzelt in sozialen Normen, die ihren Ausdruck insbesondere in Berufsethiken finden. Diese Berufsethiken reflektieren auch die gesellschaftliche Erwartung an das Handeln der Gesundheitsberufe in Krankenhäusern. Anders als durch ‚ökonomische Anreize‘ implizit eingefordert, wird dort erwartet, dass Gesundheitsberufe ihr Handeln in allererster Linie am Bedarf des Kranken ausrichten und als Advokaten des Patientenwohls agieren (Kühn 2003, 2004).

Geld kommt in der lebensweltlichen Vorstellung lediglich eine dienende Funktion zu: Es soll Mittel zum Zweck sein, nämlich eine medizinisch notwendige Behandlung durch Bereitstellung von Ressourcen ermöglichen. Das Eindringen ökonomischen Denkens in die Lebenswelt des Krankenhauses führt aber dazu,

dass – unter dem Eindruck von Verlustrisiken oder Gewinnchancen – wirtschaftliche Ziele in den Vordergrund rücken und zunehmend das Patientenwohl von der ersten Stelle verdrängen. Geld ist nicht mehr Mittel zum Zweck, sondern wird selbst Zweck, und die Versorgung von Patienten wird ein Mittel zum Zweck der Erlöserzielung oder -maximierung (vgl. zu dieser Definition von Ökonomisierung Simon 2001).

Im Falle der Krankenhäuser stößt der Prozess eines marktwirtschaftlichen Umbaus allerdings auf zunehmenden Widerstand, vor allem in der Ärzteschaft. Dabei artikulieren insbesondere leitende Ärzte und führende Vertreter der medizinischen Profession ihr Unbehagen daran, dass sie einem immer stärker werdenden Druck ausgesetzt sind, gegen Prinzipien ihrer professionellen Ethik zu verstoßen und ihr Handeln primär an ökonomischen Zielen auszurichten (vgl. u.a. BÄK 2012; Rochell et al. 2012).

4 Conclusio

In der Gesundheitspolitik werden die Gefahren, die von einem marktwirtschaftlichen Umbau des Krankenhausbereichs ausgehen, noch nicht in nennenswertem Umfang zur Kenntnis genommen. Gesundheitspolitiker der jeweiligen Regierungskoalitionen schenken ihre Aufmerksamkeit bislang immer noch fast ausschließlich Vertretern der wirtschaftswissenschaftlichen Politikberatung und vertrauen auf deren Versprechen, die auftretenden Probleme seien durch eine Optimierung ökonomischer Anreize zu lösen. Es ist vor diesem Hintergrund dringend notwendig, die Dominanz einer neoklassisch ausgerichteten Ökonomie in der wissenschaftlichen Beratung der Krankenhauspolitik zu beenden und einer originär sozialwissenschaftlichen Perspektive mehr Geltung zu verschaffen. Dabei wird es sicherlich zunächst darauf ankommen, auf vorliegende Forschungsergebnisse zu verweisen und sie in den Blick insbesondere der Gesundheitspolitik zu rücken. Die Sozialwissenschaften stehen aber auch vor der Aufgabe, einen größeren theoretischen Rahmen zu ziehen, um das notwendige Instrumentarium für die Interpretation empirisch feststellbarer Veränderungen bereitzustellen.

Literatur

- BÄK, Bundesärztekammer (2012): Chefarztverträge – bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden. Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.0.0.0.0.2.8678.10300.10480.10493.10793> (letzter Zugriff: 20.12.2014).
- Baum, G. & K.-H. Tuschen (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungs-politischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, 449-460.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957): Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen [Erstveröffentlichung: 1955]. Soziale Sicherheit 6, 218-222.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (1969): Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (Krankenhaus-Enquete), Bundestags-Drucksache V/4230 vom 19. Mai 1969. Bonn.
- Braun, B., P. Buhr & S. Klinken et al. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Hans Huber Verlag.
- DIW, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2013): DIW Wochenbericht 26/2013. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.423458.de/13-26.pdf (letzter Zugriff: 1.1.2015)
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Januar 2014. http://www.dkgev.de/media/file/15866.2014-01-31_Anlage_PM-KH-Investitionsfoerderung_Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf (letzter Zugriff: 1.02.2014).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (1999). Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlußbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- GKV-Spitzenverband (2014): Gutachten zu Marktaustritten von Krankenhäusern. Pressemitteilung vom 3.09.2014.
- Heimeshoff, M., J. Schreyögg & O. Tiemann (2014): Employment effects of hospital privatization in Germany. European Journal of Health Economics 15, 747-757.
- Jung, K. (1985): Bundespflegesatzverordnung BpflV 86. Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze und einer erläuternden Einführung in das neue Pflegesatzrecht. Köln.
- Kohl, H. (1982): Regierungserklärung vom 13. Oktober 1982. http://helmut-kohl.kas.de/index.php?menu_sel=17&menu_sel2=&menu_sel3=&menu_sel4=&msg=1934 (Zugriff: 13.02.2013).
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1983): Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Bleicher.
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung, Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: Bleicher.

- Kühn, H. (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung des Krankenhauses, In: A. Büsing & J. Glaser (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe, 77-98.
- Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, In: G. Elsner, T. Gerlinger & K. Stegmüller (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA-Verlag, 25-41.
- Kühn, H. & M. Simon (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht. http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/kh-projekt_abschlussbericht_dlr_2.pdf (letzter Zugriff: 10.01.2014).
- Leidl, R. (1987): Die fallbezogene Spezifikation des Krankenhausprodukts. Ein methodischer und empirischer Beitrag. Berlin: Springer.
- Manzeschke, A. & T. Pelz (2008): Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschaliertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialetische Bewertung. Ein Auszug. http://www.ethik.uni-bayreuth.de/downloads/Abschlussbericht_Dia_Oeko_Auszuge.pdf (letzter Zugriff: 13.01.2014).
- Münnich, F. E., D. Cassel & W. Engels et al. (1984): Appell. Die Welt vom 22.02.1984.
- Preusker, U. K., M. Müschenich & S. Preusker (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 – 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf (Zugriff: 25.09.2014).
- Rhön-Klinikum AG (2005): RHÖN-KLINIKUM AG erhält Zuschlag für Universitätsklinikum Gießen-Marburg. www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/ka_2/deu/presse/1146.html (letzter Zugriff: 25.10.2015)
- Rochell, B. & F. Weiser (2012): Bonusregelungen in Chefarztverträgen. Ärztliche Unabhängigkeit in Gefahr. Deutsches Ärzteblatt 109, 2450-2452.
- 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. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P97-204. Berlin: WZB.
- Simon, M. (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2001/p01-205.pdf> (letzter Zugriff: 14.01.2014).
- Simon, M. (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen. Bern: Hans Huber.

- Simon, M. (2013): Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. Deutsches Ärzteblatt 110, 1782-1786.
- Simon, M. (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus, In: A. Manzei & R. Schmiede (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer, 157-177.
- SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos.
- Tuschen, K. & M. Quaas (1998): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Bern: Hans Huber.

Mutationen des Krankenhauses
Soziologische Diagnosen in organisations- und
gesellschaftstheoretischer Perspektive
Bode, I.; Vogd, W. (Hrsg.)
2016, VII, 312 S. 5 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-11852-5