

bis zur Konkursreife getrieben. Diese Überlegung und keine andere war es, die uns zur Ablehnung bewogen hat.

Und ein zweites: Wir sollten uns eigentlich im weiteren Gesetzgebungsverfahren, so darf ich vorschlagen, darauf konzentrieren, die tatsächlich vorhandenen Schwachstellen des Gesetzes von 1972 zu ändern, die von den Praktikern, die wie Sie, meine Damen und Herren, täglich mit dem Gesetz leben müssen, als solche auch erkannt wurden, und uns doch allen nur zu gut bekannt sind. Seine Feuerprobe jedenfalls konnte das KHG von '72 noch nicht bestehen: quasi ohne echte Bewährungschance wurde es im politischen Raum bereits wieder abqualifiziert, und zwar zu einem Zeitpunkt, als sein Instrumentarium noch gar nicht greifen konnte.

Ich bitte um Nachsicht, auch in der 3. Stunde diese wenigen Bemerkungen noch gemacht zu haben. Ich bedanke mich sehr, bei Ihnen weilen zu dürfen. Ich wünsche dem 10. Deutschen Krankenhaustag und der damit verbundenen Interhospital '79 den erfolgreichen Verlauf, den seine Vorgänger zum Wohle unserer kranken Mitbürger eigentlich immer ausgezeichnet haben. Vielen Dank. □

(Fortsetzung des Berichtes über den 10. Deutschen Krankenhaustag in Heft 8/79)

Dr. H. H. Bräutigam, H. Weiss

## Untersuchungen zur Leistungsstruktur und Leistungsbewertung in einer Frauenklinik

Der hohe technische Stand im Krankenhauswesen und die gleichzeitig zu beobachtenden Bemühungen zu einer Verkürzung der Arbeitszeit zwingen gerade im Interesse eines leistungsfähigen Systems der Krankenversorgung zur Diskussion der Wirtschaftlichkeit. Auch wenn die vor Jahren fortgeschriebenen und auf die Zukunft projizierten Krankenhaushäufigkeitsziffern und Verweildauerdaten nicht verwirklicht worden sind, so ist dennoch der Anteil des Brutto-sozialproduktes, der für die Krankenvorsorge zur Verfügung gestellt werden muß, nicht geringer geworden.

Aus heutiger Sicht scheinen die bisherigen Überlegungen und Prinzipien der Kapazitätsvorhaltungen wenig verständlich. Grundlage aller betriebswirtschaftlich orientierten Überlegungen sollen auf die Deckung des Bedarfes ausgerichtet sein, wie sie sich für das Krankenhauswesen durch das Versorgungsgebiet, die Versorgungsstufe des Krankenhauses (vorgegeben durch die Krankenhausbedarfsplanung des Landes), Krankenhaushäufigkeit und die angenommene Verweildauer ergibt und so die Leistungsnachfrage kennzeichnet.

Es fehlt nicht an Überlegungen, Fragen der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausedienste in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen. Hier ist die eigentlich selbstverständliche Bemerkung angebracht, daß Forderungen nach Wirtschaftlichkeit ärztlicher Dienste nicht den primär humanitären Aufgaben im Krankenhaus entgegenstehen. Es hängt nicht allein von der Zahl der Ärzte oder des eingesetzten medizinisch-technischen Gerätes ab, ob den Kranken im Kran-

kenhaus eine menschliche Umgebung erwartet. Es gilt immer noch, daß die Motivation der im Krankenhaus Tätigen menschliche Zuwendung bewirkt. Quantität schlägt nicht in Qualität um. Zur Motivation muß die Identifizierung der Mitarbeiter mit dem vorgegebenen Gesamtziel des Krankenhauses treten, dann kann auch das Krankenhaus seiner Aufgabe humanitärer Krankenversorgung unter der notwendigen Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte gerecht werden.

In einigen Staaten des Westens sind Bestrebungen, dieses Ziel zu erreichen, bereits zu erkennen. So hat beispielsweise der von Pompidou in Auftrag gegebene Rapport sur la rationalisation des choix budgétaires (RCB [1]) die Geburtshilfe in Frankreich ebenso deutlich beeinflußt wie die Maßnahme in Schweden und in den Vereinigten Staaten (medical audit [2,3]).

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Frage nach der Wirtschaftlichkeit ärztlicher und pflegerischer Dienste im Krankenhaus erst sehr zögernd gestellt. F. Kubli (4) vermutet wohl nicht zu unrecht, daß zumindest im Bereich der Perinatalmedizin bei uns ein Defizit in der intellektuellen Auseinandersetzung im Problemfeld der Kosten-Nutzen-Analyse besteht. Dies ist nicht verwunderlich, denn Kosten-Nutzen-Ermittlungen sind aufwendig, und da sie oft nur auf Schätzungen beruhen, nicht zuverlässig genug, um verwertbare und vertretbare Aussagen zu ermöglichen. Die Grenzen der Aussagekraft einer Kosten-Nutzen-Analyse sind daher durchaus sichtbar, dennoch sollte der Versuch einer analytischen Betrachtung ärztlicher Dienste unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht deshalb unterbleiben. Die klinische Frauenheilkunde mit ihren fachbedingt begrenzten Tätigkeiten ist für den Versuch einer Kosten-Nutzen-Analyse eher geeignet, als andere Bereiche ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus.

Wir haben uns daher das Ziel gesetzt, mit unseren Untersuchungen die Leistungen des Krankenhausarztes in unserer Klinik zu erfassen und auch im Hinblick auf den ökonomischen Mitteleinsatz zu bewerten.

Für eine verursachungsgerechte Kosten- und Leistungs-zuordnung ist die bisherige Anhaltzahlenmethodik, die den Arzt/Patienten-Schlüssel für den Stellenplan bislang bestimmte, wenig geeignet. Ein alternatives Bewertungsverfahren könnte in arbeitsanalytischen Erfassungs- und Bewertungsstudien zu erkennen sein. Ein solches Verfahren hätte indes den nachfolgend beschriebenen Mindestanforderungen zu genügen:

— Abgrenzung der Leistungen für stationäre und ambulante Versorgung (Schwangerenvorsorge, Privatambulanz, Lehrtätigkeit, etc.).

— Kenntnis der kostenbeeinflussenden qualitativen Leistungsstruktur (Funktionsdiagnostik, Operationen, Geburtshilfe, geburtshilfliche Anästhesie, Labor).

— Ermittlung des diagnostischen und therapeutischen verweildauerabhängigen und verweildauerunabhängigen Anteils an der Gesamtleistung.

— Zeitnahe Erfassung ärztlicher Tätigkeit, um Einblick in die quantitative und qualitative Arbeitsverteilung innerhalb der ärztlichen Besetzung zu erhalten.

Die in die Hauptaufgabenbereiche fallenden ärztlichen Tätigkeiten sind die Grundlage der vorgenommenen Bewertungsanalyse ärztlicher Tätigkeiten in der Frauenklinik des Marienkrankenhauses.

**A Tätigkeiten im Stationsbereich**

1. Aufnahmeuntersuchung und Anamnese
2. Blutentnahme
3. Infusionen und Transfusionen
4. Visiten und Verordnungswesen (reguläre Visiten, prae- und postoperative Visiten, Befundanforderungen und Verordnungen außerhalb der Visite)
5. Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal
6. Fallbezogene medizinische Information (in direktem Zusammenhang mit der Erstellung der Anamnese, Kurvenstudium)
7. Routinediagnostische Kontrolle, Verlaufsbeurteilungen (Befundung laufender Laborwerte)
8. Zwischenuntersuchungen, Krankenvorstellung außerhalb der Visite
9. Postdurchsicht, -bearbeitung
10. Telefongespräche
11. Anfertigung von Operationsberichten und Arztbriefen
12. Arbeitsablaufbedingte Warte- und Wegezeiten.
13. Entlassungsroutine (Entlassungsuntersuchung, Epikrise, Krankenblattabschluß)
14. Sonstiges

**B Tätigkeiten im Funktionsbereich****1. Endoskopische Eingriffe**

- 1.1 Pelviskopie
- 1.2 Zystoskopie
- 1.3 Rektoskopie
- 1.4 Amnioskopie

**2. Radiologische Tätigkeit**

- 2.1 Beurteilung von Röntgenaufnahmen
- 2.2 Lymphographie (Durchführung)
- 2.3 Hysterosalpingographie (Durchführung)

**3. Labortätigkeit (von Ärzten der Klinik)**

- 3.1 Mikroblutgasuntersuchungen (im Kreissaal)
- 3.2 Zytologische Untersuchungen
- 3.3 Bakteriologische Untersuchungen von Vaginalabstrichen

**4. Funktionsdiagnostische Tätigkeiten**

- 4.1 Sonographie
- 4.2 Cardiotokographie
- 4.3 Amniocentese

**5. Operationstätigkeit**

- 5.1 Prä- und postoperative Rüstzeiten des Personals
- 5.2 Anzahl operativer Eingriffe nach Art und Zeitdauer
- 5.3 Operationsdokumentation

**6. Geburtsleitung**

- 6.1 Geburtsüberwachung
- 6.2 Geburtshilfliche Anästhesie
- 6.3 Neugeborenenbasisuntersuchung
- 6.4 Reanimation

**7. Ambulanztätigkeit**

- 7.1 Schwangerenvorsorgeuntersuchung
- 7.2 Informationsveranstaltung und Geburtsvorbereitung
- 7.3 Ambulanz des leitenden Arztes

**8. Begutachtung****C Organisations- und Führungsaufgaben**

1. Personaleinsatz- und Dienstplangestaltung
2. Fachärztliche Aufsicht (Chefarzt- und Oberarztvisite, Operationsvorstellungen, Sondervisite, Vorstellung der Aufnahmen und Problemfälle, Kolloquien, Stations- bzw. Klinikbesprechungen, Erörterung fallbezogener Pathogenesen, Demonstrationen).
3. Klinikleitung

**D Fort- und Weiterbildung**

1. Allgemeines Literaturstudium
2. Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen
3. Erstellung klinikbezogener Leistungsstatistiken

**E Konsiliarische Tätigkeit****F Wissenschaft, Forschung und Lehre**

1. Krankenpflegeschule
2. Studentische Ausbildung (bed-side-teaching, Internatsjahr)
3. Wissenschaftliche Publikationen

**G Sonstige Tätigkeiten**

## Ärztliches Direktorium

Die Erfassung der verschiedenen krankenhausärztlichen Leistungen ist möglich als retrospektive Selbstschätzung auf der Grundlage vorliegender Angaben über die Jahresleistung (evtl. im Rahmen eines Interviews) und nach der Zeiterfassungsmethode.

Die Methode der Selbsteinschätzung des geleisteten Zeitaufwandes ist erfahrungsgemäß mit einer hohen subjektiv bedingten Fehlerquote belastet. Auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit auf der Basis einer leistungskritischen Grundhaltung aller an einer solchen Untersuchung Beteiligten reduziert diesen methodischen Fehler nicht zuverlässig genug. Wir glauben daher, daß eine Zeiterfassungsmethode „vor Ort“ auf der Basis des beschriebenen Tätigkeitskatalogs zuverlässigere Ergebnisse ermöglicht.

Unter Anwendung der dargestellten Zeiterfassungsmethode und ausgehend von den eingangs skizzierten Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit krankenhausärztlicher Dienste haben wir den ärztlichen Dienst in der Frauenklinik des Marienkrankenhauses untersucht. Die Klinik ist Fachabteilung eines allgemeinen Krankenhauses in freier- und gemeinnütziger Trägerschaft. Die Feststellung der Aufwands- und Ertragsdaten stützt sich auf die vorliegende Gewinn- und Verlustrechnung.

In der Frauenklinik des Marienkrankenhauses, die über 123 Erwachsenenbetten und 50 Neugeborenenbetten verfügt, sind geburtshilfliche und gynäkologische Dienste zu einer Leistungseinheit zusammengefaßt. Im Jahre 1976 wurde eine mittlere Bettenausnutzung von 98 Prozent erreicht, die mittlere Verweildauer (der Patienten in der Klinik) betrug 10,2 Tage. Der Anteil geburtshilflicher zu gynäkologischen Diensten verhielt sich wie 40 zu 60. Die Gesamtzahl hospitalisierter Patientinnen wurde im Jahre 1976 mit 4 358 ermittelt, 2 133 Entbindungen. Statistische Angaben über die erbrachten Leistungen der Frauenklinik finden sich in den Tabellen 1 und 2.

In der Frauenklinik waren im Jahre 1976 neben dem leitenden Arzt zwei Oberärzte und acht Assistenzärzte sowie zwei Medizinalassistenten beschäftigt. Die Berücksichtigung geleisteter und bezahlter Überstunden führte im Berichtsjahr zu einem Personaleinsatz, der 13,5 Arztstellen entspricht.

Die in der Tabelle 3 (die Tabellen 3 bis 5 sind auf der Seite 254 abgedruckt) vorgelegte Klinikstatistik kann als typisch gelten für die ärztliche Tätigkeit in der Frauenklinik eines allgemeinen Krankenhauses, die nicht überwiegend mit Lehraufgaben befaßt ist. Die in dieser Tabelle dargestellte geburtshilfliche Tätigkeit mit der relativ hohen Zahl geburtshilflicher Anästhesien (vom Geburtshelfer durchgeführt) und dem damit verbundenen Zeitaufwand kann nicht als typisch angesehen werden. Auch scheint die geburtshilfliche operative Tätigkeit eher gering zu sein im Vergleich zu anderen Kliniken in der Bundesrepublik. Mit den ermittelten und in der Tabelle dargestellten Daten für die

Die notwendige Kommunikation zwischen Krankenhausarzt und einweisendem Arzt bedingt durch die in der Bundesrepublik zu beobachtende Trennung von ambulanten und stationären ärztlichen Diensten ist auch zeitaufwendig für beide Partner. In der untersuchten Frauenklinik machen fallbezogene medizinische Informationen und telefonische Kommunikation 1,7 Minuten je Pfl egetag bzw. 17 Minuten je Patient aus.

Die Rationalisierung des Informationsaustausches, von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Bundesrepublik Deutschland mit Hilfe der sogenannten grünen Tüten erleichtert, hat noch nicht die wünschenswerte Verbreitung gefunden. Diese Form der Kommunikation vermeidet auch überflüssige doppelte Diagnosebemühungen, wenngleich auch nicht verkannt werden darf, daß besonders heute auch juristische Überlegungen diese doppelte Diagnostik nicht so unvernünftig erscheinen lassen. So hat die Trennung vom ambulanten und stationärem ärztlichem Dienst auch aller-

## MARIENKRANKENHAUS - Frauenklinik

	LEISTUNGSINTENSITÄT IN MINUTEN JE PFL EGETAG			
	BEI ... TAGE VERWEILDAUER			
	12	11	(Taz) 10,2	9
<b>Stationärer Bereich</b>				
a) Fallabhängige Leistungen				
- Statusaufgaben	4,7			
- Kausaldiagnostik	2,2			
- operative Therapie	5,1	13,6	14,8	6,8
b) Verweildauerabhängige Leistungen				
- Routinediagnostik	1,0	4,7	4,7	4,7
- konservative Therapie	3,7			4,7
a) und b) Gesamt		18,3	19,5	20,7
c) sonstige Leistungen (verweildauerabhängig)		6,3	6,3	6,3
Arbeitsintensität je Patient und Tag		24,6	25,8	27,0
<b>Leistungsstruktur</b>				
a) Fallabhängige Leistungen		55,3	57,4	59,3
b) Verweildauerabhängige Leistungen		44,7	42,6	40,7
		100,0	100,0	100,0

Tabelle 7

## MARIENKRANKENHAUS - Frauenklinik

## ANALYSE DER DIAGNOSTISCH- THERAPEUTISCHEN LEISTUNGSSTRUKTUR

	Diagnostische Tätigkeiten			Therapeutische Tätigkeiten			Gesamt %
	Status-tätigkeiten	Kausal-diagnostik	Routine-diagnostik	Operative Therapie	konservative Therapie	sonstige Tätigkeiten	
<b>1. Stationäre Leistungen</b>	Minuten je Pfl egetag						
<b>A. Stationärer Bereich</b>	3,2						
1. Aufnahmeuntersuchung	3,2					1,2	
2. Blutentnahme, Spritzen						1,2	
3. Infusion anlegen				0,5			
4. Visiten, Befundanforderungen außerhalb Visiten				1,7			
5. Gespräche mit Angehörigen, Patienten, Schwest., Pers.				1,4			
6. Fallbezogene med. Inform.		1,0		1,4			
7. Routinediagnostik, Kontrollen			0,4				
8. Zwischenuntersuchungen			-				
9. Testdurchsicht, Bearbeitung						1,1	
10. Telefongespräche						0,7	
11. Stationäre Funktionsprüf.			-				
12. Therapiepläne erstellen				0,4			
13. Arztbriefe schreiben, diktieren	0,8						
14. Arbeitsablaufbedingte Warte- u. Wegzeiten					1,3		
15. Persönl. Rüstzeiten					-		
16. Praeop- Kurzvisiten							
17. Entlassungsuntersuchung, Epikrise, Krankenblattabschl.	0,7						
18. Sonstiges							
<b>1. - 18. Gesamt</b>	<b>4,7</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>3,6</b>	<b>4,3</b>	<b>14,4</b>
(%)	(32,6)	(6,9)	(2,8)	(2,8)	(25,0)	(29,9)	100
<b>B. Funktionsbereich</b>							
1. Endoskopische Eingr.		0,3					
2. Radiolog. Tätigkeit		-					
3. Labortätigkeit		0,4					
4. Funktionsdiagn.		0,5	0,6				
5. Operationstätigkeit				8,1			
6. Sonstig. ärztl. Funkt.				0,6			
7. Ambulanztätigkeit							
8. Begutachtung							
<b>1. - 6. Gesamt</b>	<b>-</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>	<b>8,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10,5</b>
(%)	-	(11,4)	(5,7)	(82,9)	-	-	(100)
<b>C Organisation und Führung</b>					0,1	0,7	0,8
<b>D Fort- und Weiterbildung</b>						1,3	1,3
Summe A, B, C, D	4,7	2,2	1,0	9,1	3,7	6,3	27,0
(%)	(17,4)	(8,2)	(3,7)	(33,7)	(13,7)	(23,3)	(100)

Tabelle 6

(Tabellen 3 bis 5)

Tabelle 3

Statistische Angaben Gynäkologie und Geburtshilfe (1976)

1. Stationärer Bereich	
Bettenkapazität	123 Betten
Durchschnittliche Verweildauer	10,2 Tage
Bettenausnutzung (Jahresdurchschnitt)	98,9 Prozent
1.1 Gynäkologie	
Zahl der Pflgetage	26 338
Durchschnittlich belegte Betten	72,0
Durchschnittsverweildauer	12,2 Tage
1.2 Geburtshilfe	
Zahl der Pflgetage	18 182
Durchschnittlich belegte Betten	49,7
Durchschnittsverweildauer	8,2 Tage
2. Nichtstationäre Leistungen	
2.1 Schwangerenvorsorge	
2.2 Geschwulstberatung	
2.3 Ultraschalldiagnostik	

Tabelle 4

Sonstige Angaben und Leistungen (1976)

1. Versorgung kranker Säuglinge	
Zahl der Pflgetage	1 683
Durchschnittlich belegte Betten	4,6
2. Zahl der Entbindungen	2 133
3. Zahl der Epiduralanästhesien	1 965
4. Anteil sog. programmierter Entbindungen	etwa 75 Prozent
5. Neugeborenenbasisuntersuchungen (U 1)	2 174 (Apgar score, pH-Werte)

Tabelle 5

Geburtshilfliche und Gynäkologische Leistungen (1976)

I. Operative Tätigkeit	
Operierte Patienten	1 560
A. Vag. Eingriffe	805
1. Erweit. Vag. Hyst. n. Schauta	4
2. Vag. Hysterektomien	373
3. Vag. Sterilisationen	31
4. Abrasio, Konisation, Douglaspunkt	327
5. Cerolage n. Shirodakar	50
6. Sonstige Vag. Operationen	51
B. Abdominale Eingriffe	404
1. Erweit. abd. Hyst. n. Wertheim	8
2. Abd. Hysterektomien	171
3. Eileiterunterbindungen	56
4. Sonstige abd. Operationen	169
C. Mamma-Op.:	
1. Ablatio	13
2. PE	66
D. Diagnostische Eingriffe	109
II. Geburtshilfliche Tätigkeit	
Geburtenszahl	2 133
geborene Kinder	2 158
Spontangeburt	1 615
unreife Kinder	192
Kaiserschnitt	131
Outlet-Forceps	299
Naegele-Forceps	38
Manualhilfe bei BEL	75
EDA	1 965
Manuelle Lösungen	67
Nachtastungen	166
Perinatale Mortalität (PM):	
WHO — ungereinigte PM	18 (0,84 %)
WHO — gereinigte PM	7 (0,33 %)

dings nicht billige Vorteile. Der in den USA jetzt häufig diskutierte Wunsch nach einer „second opinion rule“ (6) ist in der Bundesrepublik bereits erfüllt.

Mit dem festgestellten ärztlichen Arbeitszeitaufwand, der je Patientin und Pflgetag 30 Minuten beträgt und der sich nach dem sogenannten Selbstkostenrecht noch auf 27,1 Minuten für die unmittelbare stationäre Versorgung reduziert, kann auch ein Einblick in die Beziehungen zwischen Arbeitsintensität, dem Personaleinsatz und dem Personalrichtwert gewonnen werden.

Als Arbeitszeitangebot eines Arztes wurde bisher häufig ein Wert von 106 080 Jahresarbeitsminuten (JAM) diskutiert. Dieses jährliche Arbeitszeitangebot wird nach der Formel

$$52 \text{ Wochen} \times 40 \text{ Stunden} \times 60 \text{ Minuten} \times 0,85 \text{ errechnet.}$$

Mit dem Multiplikator 0,85 soll der Personalausfall durch Urlaub, Krankheit usw. ausreichend berücksichtigt sein. Werden nun die 106 080 JAM in Beziehung gesetzt zu dem von uns in der Frauenklinik ermittelten Arbeitszeitaufwand von 27 Minuten je Pflgetag, dann ergibt sich daraus rechnerisch, daß ein Arzt insgesamt 3 914 Pflgetage versorgen kann. Diese Summe entspricht einer täglichen Durchschnittsbelegung von 10,7 Patienten. Diese Zahl sollte in die Diskussion zur Ausgestaltung des Bettenschlüssels Eingang finden. Bei der Betrachtung des Durchschnittswertes von 27,1 Minuten je Pflgetag muß noch berücksichtigt werden, daß dieser Wert durch Division mit der Summe der Kalendertage ermittelt wurde. Die personelle Präsenz an Wochenenden wird durch die Regelung der Bereitschaftsdienste gesichert, die entweder zusätzlich vergütet oder durch Freischichten abgegolten wird. In letzterem Fall ist ein entsprechendes Stellenäquivalent als Bedarf noch in die Rechnung einzubeziehen.

Mit der Feststellung des Zeitaufwandes für den ärztlichen Dienst im Krankenhaus ist auch eine Differenzierung für einmalige oder wiederholte Tätigkeiten am Kranken möglich. Diese sind durch die Kennzeichnung als „Einmalleistung“ oder „Wiederkehrende Leistung“ zu beschreiben. Zur Einmalleistung sind die Statustätigkeit, also die Aufnahmeuntersuchung etc., die Kausaldiagnose (z. B. Feststellung des gynäkologischen Grundleidens, Schwangerschaftszustandsdiagnose) und die operative oder geburtshilfliche Therapie zu rechnen. Als wiederkehrende Leistung muß die Routinediagnostik (z. B. wiederholte Blut- und Harnuntersuchung) und die konservative Therapie (Behandlung gynäkologischer entzündlicher Erkrankungen oder Behandlung der EPH-Gestose) angesehen werden. Verlängert sich die Verweildauer, so nehmen die Anteile der einmal ausgeführten Tätigkeiten ab und die der sich wiederholenden Tätigkeiten zu. Durch Beziehungen zwischen der Leistungsintensität und der Verweildauer wird es möglich, gleichsam die ermittelte Leistungsintensität auf andere Verweildauern „hochzurechnen“. Hierzu müssen die Einzelleistungen nach fallfixen Einmalleistungen und wiederkehrenden, daher verweildauerabhängigen Leistungen festgestellt werden. Die Tabelle 7 gibt hierüber Auskunft.

Für die stationäre Krankenversorgung in der Bundesrepublik stehen entsprechend den vorgegebenen Leistungszielen unterschiedlich strukturierte, aber gleich organisierte Krankenhäuser zur Verfügung. In allen Krankentypen bestimmt der Arzt den Bedarf an ärztlichen und medizinisch-technischen Leistungen und erfüllt diesen in aller Regel

auch. Volkswirtschaftlich formuliert ist der Arzt in seiner Marktfunktion Bedarfsbestimmer und Bedarfsdecker. Dies wird aus sachlichen Gründen auch so bleiben müssen, da der Kranke seinen Bedarf an ärztlichen und medizinisch-technischen Leistungen mangels Sachkenntnissen nicht selbst bestimmen kann.

Bei dieser Gesetzmäßigkeit ist es nicht auszuschließen, daß bei der Feststellung des Bedarfs die vorhandene personelle und apparative Kapazität berücksichtigt wird. Wäre dies, auch im Hinblick auf das allein bestimmende Ziel, nämlich der Besserung oder Heilung von Kranken, belanglos, so könnte der hieraus entstehende wirtschaftliche Schaden noch hingenommen werden. Die „Übermedikalisierung“ von der nicht ganz zu Unrecht Illich (7) spricht, kann aber mit hohem Kostenaufwand Kranke noch kränker machen.

Die Analyse ärztlicher Tätigkeit in der Frauenklinik eines allgemeinen Krankenhauses könnte zu der Feststellung veranlassen, daß befriedigende Ergebnisse ärztlicher Tätigkeit auch unter Berücksichtigung von Fragen der Wirtschaftlichkeit zu erreichen sind. Die vorgestellte Analysemethodik, die sich auch in anderen medizinischen Fachdisziplinen bewährt hat, bleibt für schärfere Differenzierungen offen. Wir glauben, daß die beschriebene Methodik und die damit möglichen Ergebnisse auch in anderen Fachdisziplinen durchaus Grundlage weiterführender Untersuchungen werden könnten. Diese müßten einem maximalen Anforderungsprofil in Hinblick auf Aufbauorganisation und Ablauforganisation entsprechen. Heute indes muß die eigentlich banale Feststellung wiederholt werden, daß ärztliche und wirtschaftliche Gründe den Arzt veranlassen sollten, auch an seine gesamtwirtschaftliche Mitverantwortung zu denken.

#### LITERATUR

1. Ministère de la Santé publique: Rationalisation des Choix budgétaires (RCB). La Périnatalité. 1970.
2. Förlossamningswardens Organisation i Sverige. Socialskyrelsen 35 (Stockholm 1973).
3. American College Obstet. Gynec.: National Study of Maternity Care. Chicago 1970.
4. Kubli F.: Überlegungen zum Kosten-Nutzen-Problem der Intensiv- geburtshilfe. 42. Tagung Dtsch. Ges. Gynäk. Gebh. München 1978.
5. Knorr E. Nordwestdeutsche Ges. Gyn. 84. Tagung, Hamburg 1977.
6. Matthew L. Liflander: Medical Practice Task Force. The State of New York, N. Y. (1977).
7. Ivan Illich: Medical Nomosis, a division of Random House, Inc. New York (1976).

Anschriften der Verfasser: Dr. Hans Harald Bräutigam, Frauenklinik Marienkrankenhaus, Alfredstraße 9, 2000 Hamburg 76; Organisationsberater H. Weiss, Achenbachstraße 43, 4000 Düsseldorf 1 □