

den Investitionskosten zumindest auch die Betriebskosten im Mietpreis berechnet werden. Außerdem wäre der Krankenhausnutzer lediglich in die Rolle des „Betriebsführers“ gedrängt, und zwar so lange, als das Eigentum nicht auf den Betreiber übergegangen sei. Dadurch könne sich die jetzige Trägerlandschaft sehr leicht verändern. Daran sind die Krankenhausträger aber nicht interessiert, sie wollen als Träger weiter das „Sagen“ haben.

Dagegen sei das Darlehensverfahren billiger als das Leasing-Verfahren. Denn nach § 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) kann anstelle von Zuschüssen der Schuldendienst von Darlehen, die der Träger auf dem Kapitalmarkt aufgenommen hat, vom Land übernommen werden.

Zunächst bleibt es beim bisherigen Finanzierungsverfahren; der Minister erklärte sich lediglich bereit, dem Ausschuß entsprechende „Denkmodelle“ vorzulegen. Für 1979 hat das Land für die Krankenhausförderung Gesamtausgaben in Höhe von 991 Millionen DM und 1,3 Milliarden für Verpflichtungsermächtigungen eingeplant.

Die veranschlagten Haushaltsmittel werden im wesentlichen für die Weiterfinanzierung der vor 1979 begonnenen Baumaßnahmen benötigt. Geplant sind sechs größere Krankenhausersatzneubauten sowie weitere sechs Teilneubauten und Ersatzbauten kleineren Umfangs. HC

In einem Satz

Krankenhausforschung – Bis Ende 1981 stellen Bund, Länder und Gemeinden nach Maßgabe des § 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 54 Millionen DM (= 0,25 Prozent der Investitionsförderung) für Forschungsvorhaben auf dem Krankenhausesektor zur Verfügung. DÄ

Planen und Steuern im Gesundheitswesen – aber wie?

Mediziner und Ökonomen diskutierten in Wildbad Kreuth

Zunächst viel Skepsis und deutliche begriffliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Medizinern und Ökonomen, dann aber fruchtbare Sachgespräche und sicherlich auf beiden Seiten neue Erkenntnisse brachte ein zweitägiges Expertengespräch über Instrumente und Mechanismen der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen, zu dem die Akademie für Politik und Zeitgeschehen der der CSU nahestehenden Hanns-Seidel-Stiftung im Februar in ihr Bildungszentrum Wildbad Kreuth eingeladen hatte. Das Programm der im wesentlichen auf Initiative von Professor Dr. Herbert Blaha, Gauting, zustande gekommenen Veranstaltung mußte zwar kurzfristig geändert werden (die aus Kiel erwarteten Vortragenden vom dortigen Sozialministerium und vom Institut für Gesundheits-System-Forschung saßen im Schnee fest), aber dafür sprangen zum Teil Gäste ein, und zudem gab es auf diese Weise noch mehr Zeit für die Diskussionen.

In seinem Eröffnungsvortrag „Planung als Prozeß“ erläuterte Diplomphysiker Mark Füllemann vom Institut für Operations Research der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich scheinbar sehr abstrakte Grundbegriffe, -bedingungen und -merkmale von Planungsprozessen in Wirtschaft und Gesellschaft. Der erste Anschein trog. In Wirklichkeit gab Füllemann eine bei aller Subjektivität – oder vielleicht: gerade wegen seiner Subjektivität – umfassende, verständliche und auch für Mediziner und Gesundheitspolitiker durchaus nützliche Einführung ins Planen.

Füllemanns Grundsätze: Planen heiße, eine Situation verändern zu

wollen (und zwar eine Situation, die man auch ändern kann). Man muß also eine genaue Zielvorstellung haben, wobei es jedoch manchmal genügt, auf scheinbaren „Nebenschauplätzen“ Änderungen herbeizuführen und abzuwarten, ob die „Umwelt“ sich dann so entwickelt, daß das planerische Ziel „von allein“ erreicht wird. Als unabdingbar notwendigen Bestandteil sinnvoller Planung betrachtet Füllemann die Kontrolle, die *begleitende* Kontrolle der Verwirklichung.

Hierzu ist es wichtig, sich über die Planungsebenen klarzuwerden: in Ressorts gegliederte staatliche Planung ist oft nicht aufeinander abgestimmt. Wenn dann zum Beispiel Parlamentarier versuchen, wieder zusammenzuführen, was einzelne Verwaltungsressorts auseinanderstrebend geplant haben, merken sie zu spät, daß sie mit dem Planungsauftrag auch Entscheidungsvollmachten aus der Hand gegeben haben. Daher müsse man sich klarmachen: Planungs- und Entscheidungsebene sind kaum voneinander zu trennen. Und daraus wiederum resultiert ein weiterer Grundsatz: Je höher die Planungsebene, desto mehr darf nur Rahmenplanung betrieben werden – Detailplanung gehört auf untere Ebenen.

Gewissermaßen „die andere Hälfte“ der Diskussionsgrundlage steuerte Ministerialdirektor Dr. Hans Schmatz vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung bei, der in seinem Vortrag das Gesundheitswesen in die soziale Marktwirtschaft einordnete und dabei zwei wesentliche Thesen herausarbeitete:

① Das Ordnungsprinzip Soziale Marktwirtschaft mit seiner Verbin-

Planen und Steuern im Gesundheitswesen

derung der Prinzipien „freier Markt“ und „sozialer Ausgleich“ bietet geradezu ideale Voraussetzungen für das Entstehen einer hochentwickelten, leistungsfähigen, jedem Bürger gerecht werdenden gesundheitlichen Versorgung.

② Bestimmte Elemente der Marktwirtschaft sind aber in einem solchen Gesundheitswesen aufgehoben, es kann, soll und darf sie nicht geben. Dies gilt besonders für den Preismechanismus als Mittel zur Steuerung der Nachfrage.

Dr. Schmatz stellte jedoch zur Diskussion, was er persönlich schon seit langer Zeit befürwortet: die finanzielle Selbstbeteiligung des Versicherten als Steuerungsmittel, weil sie die Eigenverantwortlichkeit stärken und Kosten bremsen könnte. Frühere Regulative dieser Art (Krankenschein, Rezeptgebühr) hätten ihre Wirkung verloren.

In einer ersten Diskussionsrunde gab es zahlreiche Argumente für und wider manche der vorgebrachten Thesen, die hier nur schlagwortartig wiedergegeben werden können: Der Gegensatz zur Planung ist nicht: Chaos, sondern: Evolution. – Planung in privaten Unternehmen funktioniert oft hervorragend, im öffentlichen Sektor oft schlecht, unter anderem deswegen, weil Planer und Entscheider schlecht zusammenarbeiten. – Wenn jetzt eine Krankenhausplanung als notwendig gilt, so beweist dies, daß vorher etwas falsch gelaufen sein muß (dazu allerdings Fülleemann: Planung kann kein nachträglich wirkendes Heilmittel gegen falsche Entwicklungen sein; Planung muß ein vorher definiertes Ziel haben). – Wir können noch nicht mal das Ziel der ärztlichen Ausbildung definieren, und dann wollen wir planen? – Krankenhausbedarfsplanung ist ungemein schwierig, von der ambulanten Bedarfsplanung darf man sich nicht zu viel versprechen (Dr. Schmatz).

Prof. Dr. Günter Püttner von der Verwaltungshochschule Speyer

führte in seinem Vortrag „Sicherung effizienter Mittelverwendung durch den Staat“ die Begriffe Effizienz und Kosten-Nutzen-Analyse in die Diskussion ein. Er meinte, in Deutschland hätten bisher weder die Verwaltungs- noch die Sozialwissenschaft große praktische Fortschritte beim Einsetzen dieser Kontrollmechanismen erreicht. Kosten-Nutzen-Analysen setzen voraus, daß Kosten und Nutzen quantifiziert werden können. Dies ist bei einzelnen, getrennt zu betrachtenden Ressorts vielleicht möglich, wird aber bei größeren volkswirtschaftlichen Zusammenhängen schwierig: Wie könne man zum Beispiel „Kosten“ und „Nutzen“ einer Hochschulreform quantifizieren, oder eines U-Bahn-Netzes?

Es kommt hinzu, daß betriebswirtschaftliche Effizienz und volkswirtschaftliche oder gesamtgesellschaftliche Effizienz bisweilen in diametralem Gegensatz zueinander

„Planung ist die Ersetzung des Zufalls durch den Irrtum.“

„Die fünf Schritte der staatlichen Planung sind: 1) Begeisterung; 2) Ernüchterung; 3) Die Suche nach den Schuldigen; 4) Die Bestrafung der Unschuldigen; 5) Die Auszeichnung der Nichtbeteiligten.“

Dipl.-Phys. Mark Fülleemann



„Wenn man den Menschen verbessern wollte, brauchte man zwei Neuerungen: Schließmuskeln für die Ohren; einen dritten Arm (für Cocktail-Parties).“

Professor Dr. med. Michael Arnold, Tübingen

der stehen können. Als Beispiel nannte Prof. Püttner das Verhalten des Staates in einer Inflation: die Einsparung von Staatsausgaben ist in solcher Lage volkswirtschaftlich richtig, betriebswirtschaftlich aber Unsinn.

Püttner offerierte eine frappierende Schlußfolgerung: wenn Effizienzbetrachtungen im öffentlichen Sektor so schwierig sind, dann sollte man, um im Gesundheitswesen Effizienzmessungen als Werkzeuge einer sinnvollen Steuerung vornehmen zu können, dort möglichst viele marktwirtschaftliche Elemente erhalten.

Die Diskussion wandte sich nunmehr den Möglichkeiten der Effizienzmessung zu. Die Evaluation müsse hinzukommen, forderten einige; Kosten-Nutzen-Analysen seien in einigen eng begrenzten Teilbereichen möglich (einzelne Forschungsprojekte; Standortwahl; Planung einer Klinik), für ein ganzes Gesundheitssystem aber nicht. Schmerz oder Schmerzlinderung etwa ließen sich – vielleicht durch Umfragen – „messen“, aber doch nicht in Geldwert umsetzen. Dies sei ja auch nicht unbedingt notwendig, erklärten andere; an Hand eines konkreten Beispiels wurde die Meinung vertreten, daß sich über den „Nutzen“ eines bestimmten Krankenhausmodells auch dann brauchbare Aussagen machen lassen, wenn eine genügend große Zahl von Fachleuten bestimmter Disziplinen sich subjektiv für ein bestimmtes Modell entscheidet, selbst wenn der Nutzen hier nicht in Geld ausgedrückt wird.

Die Argumente reichten über die ganze Spannweite von „Es ist gar nicht so selten, daß beim Überden-Daumen-Peilen brauchbare Ergebnisse herauskommen“ über „Kann nicht mal jemand wissenschaftlich beweisen, daß Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen Unsinn sind?“ bis zu dem Kölner Sozialpolitiker Prof. Dr. Philipp Herder-Dorneich, der das von ihm entwickelte Denkmodell

der Planungs- und Entscheidungsebenen im deutschen Gesundheitswesen in die Diskussion einführt – ganz kurz skizziert: zwischen der oberen, staatlichen Ebene und den einzelnen „Subjekten“ (Ärzte, Patienten) schieben sich eine Vielzahl mittlerer Ebenen (KVen, Kassen, Gebietskörperschaften, Verbände), die das Bild komplizieren. Sie dürfen aber nicht außer Betracht gelassen werden, auch bei dem Versuch der Effizienzmessung.

An Stelle des durch das Winterwetter verhinderten Dr. Hans-Heinrich Rüschemann vom Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung referierte der Stuttgarter Betriebswirtschaftler Prof. Wilhelm Bierfelder über „Bedürfnis“ und „Bedarf“ und die dazwischen bestehenden Spannungen. Diese Spannungen zu lösen ist Aufgabe der Organisationsprinzipien wie etwa, als extreme Gegensätze, der zentralen Planung oder des freien Marktes. Zur Klarstellung erläuterte Bierfelder den Extremfall zentrale Planwirtschaft: Der Bedarf wird zentral ermittelt, Steuerungsinstrument ist die Ideologie, und die verfügbaren Güter werden in der Reihenfolge der Prioritäten verteilt: 1. Staatssicherheit, 2. Streitkräfte, 3. Schwerindustrie, 4. Verbrauchsgüterindustrie, 5. Private Verbraucher.

In der Freien Marktwirtschaft (Bierfelder: „In der liberalen Gesellschaft“) stehen als Steuerungsmodelle zur Verfügung etwa der Markt, Verhandlungen (zwischen den Tarifpartnern), Wahlen, verschiedene Methoden der Planung. Die soziale Marktwirtschaft hat nach Bierfelder unter anderem den Sinn sicherzustellen, daß der Markt auch Bedürfnisse wahrnehmen kann, die sich nicht in Geldwert ausdrücken lassen, etwa das Bedürfnis nach sozialer Sicherheit.

Vom Standpunkt der Krankenversicherung aus sprach Heinz Bonsels von der Barmer Ersatzkasse über „Kostenbewußtsein und Lei-

„Ungebrauchte Arzneimittel im Wert von 300 DM im Nachtkastel sind ein betriebswirtschaftlicher Erfolg – wenn sie nie eingenommen werden, ist das vielleicht auch ein volkswirtschaftlicher Erfolg!“

Ministerialrat Georg Scholz, München



„Dialektik: Wenn wir Ärzte nicht verlangen, daß mehr Geld für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, geht es baden, weil alle anderen fordern, daß weniger Geld dafür ausgegeben wird.“

Professor Dr. med. Herbert Blaha, Gauting



„Die Qualitätskontrolle in der Medizin und das Christentum haben eins gemeinsam: sie sind noch nie richtig angewendet worden.“

Dr. rer. pol. Paul Swertz, Düsseldorf

stungsfähigkeit als Grundlage zur Erhaltung des gegliederten Systems“. Er forderte die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips und wandte sich gegen die Selbstbeteiligung des Versicherten: Die einzige Möglichkeit, sie überhaupt einzuführen, wenn die Verwaltungskosten nicht ins Uferlose steigen sollen, sah Bonsels darin, daß direkt beim Arztbesuch ein Prozentsatz des Rechnungsbetrages vom Versicherten abkassiert wird. Selbst dann könnte aber eine Kostensteigerung herauskommen, weil die Versicherten aus ihrer Kostenkenntnis heraus zu dem Schluß kommen könnten, daß sie „ihre Beiträge gar nicht verbrauchen“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gesetzliche

Krankenversicherung hätten in den letzten Jahren schon viel hinzugelernt, sagte Bonsels, und verwies als Beispiele auf die Höherbewertung der „ärztlichen“ Leistungen in den Gebührenordnungen. Die rasche Ausdehnung der Computertomographie sei ein Hinweis darauf, daß man weitere Steuerungsmechanismen finden müsse.

Im übrigen sind die steigenden Kosten im Gesundheitswesen nach Bonsels nicht eigentlich die Ursachen der heutigen Entwicklung, sondern sie seien Konsequenzen zum Beispiel des Lebensverhaltens der Masse der Versicherten. Man müsse sich aber darüber klar sein, daß man mit den heutigen Mitteln das Verhalten der Masse kaum beeinflussen kann, sondern höchstens das Verhalten des einzelnen.

In Anlehnung an Bierfelder bezeichnete in der folgenden Diskussion Prof. Herder-Dorneich die Kosten als das Druckmittel, das in der Wirtschaft die Fülle der Bedürfnisse auf einen erfüllbaren Bedarf reduziert. Auch dieser Mechanismus sei jedoch wegen des Sachleistungsprinzips in unserem Gesundheitswesen aufgehoben. Man könnte diesen Mechanismus jedoch durch Einführung einer Selbstbeteiligung wenigstens zum Teil wieder in Gang setzen. Im übrigen sprach sich Herder-Dorneich dafür aus, nicht den vorhandenen Zustand immer wieder neu zu überdenken, sondern sich darauf zu konzentrieren, wie man mit Neuentwicklungen fertig wird.

Die letzten beiden Vorträge der Tagung befaßten sich mit dem Stand und der Entwicklung von Qualitätskontrollen in der Krankenversorgung (Dr. Paul Swertz, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf) und der Qualitätssicherung der Medizin (Prof. Dr. Wolfgang Schega, Städtische Krankenanstalten, Krefeld). Swertz berichtete über Methoden der externen Qualitätskontrolle vor allem in den Niederlanden und den USA,

Planen und Steuern im Gesundheitswesen

wobei er als Grundsatz hervorhob: Wo der Staat am wenigsten eingreift, sind Systeme der Selbstkontrolle am besten entwickelt.

Um eine funktionierende Qualitätskontrolle oder -sicherung einzuführen, braucht man nach Swertz: organisatorische Einrichtungen; Standards oder Kriterien; ein System der routinemäßigen Sammlung von Informationen (das aber nicht nur zur Entstehung von Datenfriedhöfen führen darf); eine Sicherung, daß die gesammelten Daten repräsentativ sind; eine Sicherung, daß die gesammelten Daten auch verfügbar sind (Problem: Datenschutz!); eine Institutionalisierung der korrigierenden Maßnahmen, wie sie in den USA und den Niederlanden bereits besteht. Als ein vorbildliches jüngstes deutsches Beispiel nannte Dr. Swertz die Münchener Perinatalstudie.

Prof. Schega schließlich wandte sich gegen den „Irrglauben“, es gebe in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt keine Qualitätskontrolle. Es gebe nunmehr seit Jahren die Ringversuche für die niedergelassenen Ärzte mit Labor, es gebe die Qualitätskontrolle der Röntgenaufnahmen, es gebe Qualitätskontrollen in der Histologie und Zytologie. Als ein geradezu hervorragendes System bezeichnete Prof. Schega die in

der Unfallchirurgie seit 1936 übliche Überprüfung der Durchgangsärzte durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Damit werden jährlich etwa 2 Millionen Arbeitsunfälle und ein großer Teil der rund 500 000 Straßunfälle erfaßt.

Der nächste Schritt sei nunmehr die seit Anfang 1979 laufende zweite Pilotstudie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, an der sich 23 chirurgische Kliniken mit der vergleichenden Betrachtung von bis zu sieben Krankheitsbildern beteiligen (Einzelheiten über dieses Projekt, das von der Robert-Bosch-Stiftung unterstützt wird, in diesem Heft auf Seite 691). Ein Erfolg dieser Pilotstudie würde es vielleicht schon ermöglichen, nach der Auswertung alle Chirurgen in Deutschland zur Teilnahme einzuladen. Grundsatz sei und müsse es bleiben, so Professor Schega: die Teilnahme an einer Qualitätskontrolle darf nur freiwillig erfolgen, und es muß eine Selbstkontrolle bleiben.

Auch hiernach ergab die Diskussion eine Fülle zusätzlicher Argumente. Wenn die Sektionsfrequenz in der Bundesrepublik Deutschland nicht so niedrig läge, könnte die Pathologie ein hervorragendes Mittel der Qualitätskontrolle sein. Daher wurde gefragt, ob man nicht an das Transplanta-

tionsgesetz gleich ein Sektionsgesetz anhängen könnte und auf welche Weise man die Krankenkassen veranlassen könnte, Sektionen als Mittel der Qualitätssicherung zu finanzieren.

Die Ringversuche für das Labor und für die Zytologie, hieß es, hätten nicht nur bisher sehr gute Ergebnisse erbracht, sondern sie hätten auch das Problembewußtsein erheblich gesteigert. Und aus Kreisen der Betriebswirtschaftler kam der Hinweis, daß dort wie auch hier Planung, Steuerung und Kontrolle zusammengehören; wenn man eine Untersuchung anstellt, dann muß sich hinterher das Verhalten entsprechend ändern, sonst hat die ganze Studie gar keinen Zweck.

Von ärztlicher Seite wiederum kam die sicherlich berechtigte Warnung vor der Gefahr, daß im Gesundheitswesen viel zu viel standardisiert und nivelliert wird.

Der verdienstvolle Initiator der Tagung, Prof. Dr. Herbert Blaha, sei wenigstens zum Schluß noch mit einem Hinweis zu diesem Themenbereich zitiert, der in der Zukunft angesichts der bevorstehenden Ärzteschwemme Bedeutung erlangen wird: Es gibt auch die Qualitätskontrolle der älteren Ärzte durch die nachrückende Generation!
gb

ANATOL

