

Gegen behördliche Verplanung

Volkswirtschaftliche Betrachtungen
aus der Sicht der Krankenhäuser am Beispiel der Strahlentherapie

Joachim Baumgarten

Ökonomische Aspekte der Strahlentherapie, einem Teilgebiet der Radiologie, das ausschließlich die Behandlung von Krankheiten, vorwiegend onkologischer Natur, durch ionisierende Strahlen, einschließlich radioaktiver Stoffe, zum Inhalt hat, sollten nicht isoliert beurteilt werden. Die Strahlentherapie als eine Leistungs- und Kostenstelle im Krankenhaus ist vielmehr in ein umfangreiches vermaschtes Regelkreissystem innerhalb eines Krankenhauses eingebunden und darüber hinaus in umfassendere Systeme mit den verschiedensten Elementen, z. B. Angebot und Nachfrage von Gesundheitsleistungen, Kosten und Finanzierung von Gesundheitsleistungen, Wirtschafts-, Sozial- und Gesellschaftspolitik, einzuordnen.

1. Strahlentherapie und Krankenhausökonomie

In diesem Zusammenhang interessieren besonders neben Aspekten der Planung des Angebots von Krankenhausleistungen sowie Aspekten der Beeinflussung der Nachfrage von Krankenhausleistungen die betriebswirtschaftlichen Komponenten des Preisgebarens und der Preispolitik von Krankenhäusern sowie aus volkswirtschaftlicher Sicht vor allem, inwieweit bestimmte Finanzierungsformen (Preissysteme) als Stimulans hinsichtlich der Leistungserstellung wirken und inwieweit sie zur Befriedigung der jeweils bestehenden Nachfrage beitragen.

Hier interessieren allerdings weniger die betriebswirtschaftlichen als vielmehr die volkswirtschaftlichen Komponenten.

Neben den Fragen der Kosten und Finanzierung von strahlentherapeutischen Einrichtungen, die den medizinischen Großgeräten zuzuordnen sind, beanspruchen die Fragen der Investitionsplanung und Investitionslenkung beziehungsweise der

Investitionssteuerung sowie der Investitionskontrolle besondere Aufmerksamkeit.

2. Kreislauf zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik

Noch vor wenigen Jahren wurde der Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik vereinfacht wie folgt dargestellt: Die Verhütung von Krankheiten und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erwerbstätiger Menschen durch eine sachgerechte stationäre oder ambulante Krankenhausversorgung sind von erheblichem Einfluß auf die Entwicklung des Sozialprodukts einer Volkswirtschaft (Produktivitätseffekt der Gesundheitspolitik). Von der absoluten Höhe des Sozialprodukts und der Einkommensverteilung hängt entscheidend die Höhe des Aufkommens an Steuern und Krankenversicherungsbeiträgen ab. Dieses wiederum ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die Höhe der Finanzierungsmittel für Krankenhäuser, die maßgeblich die Güte der Krankenhausversorgung bestimm-

men. Eine entsprechend gute Krankenhausdiagnostik und -therapie fördert ihrerseits wiederum die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen. Die größere Anzahl gesunder, erwerbstätiger Menschen erarbeitet dann ein höheres Sozialprodukt usw. Hier schließt sich der Kreislauf zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik. Darüber hinaus ließen sich mannigfache Interdependenzen auch zwischen anderen Bereichen der Gesellschaftspolitik und der Gesundheitspolitik aufzeigen.

Bei diesen Überlegungen, die in den Phasen volkswirtschaftlicher Wachstumsraten uneingeschränkt ihre Berechtigung zu haben schienen, wurde aber teilweise übersehen, daß Gesundheitspolitik ihre Begrenzung auf Dauer in der Belastbarkeit einer Volkswirtschaft hat; denn langfristig kann nur das verausgabt werden, was erarbeitet worden ist. Deshalb kann Gesundheitspolitik auch nicht ohne Rücksicht auf betriebs- und volkswirtschaftliche Erkenntnisse betrieben werden. Zudem wurde spätestens seit den kritischen Analysen von Ivan Illich der Glaube an die Allmacht der Medizin und die Vermutung, immer mehr Gesundheitsinvestitionen würden die Menschen auch zwangsläufig gesünder bleiben oder werden lassen, stark in Frage gestellt.

3. Krankenhausinvestitionen und gesundheitsökonomisches Optimum

Sachkundige Institutionen und Personen haben die Feststellung getroffen, daß die Deutschen in ihrer Gesamtheit nicht gesünder sind als die Angehörigen anderer Nationen, die zum Teil weit weniger für Gesundheitsleistungen aufwenden. Daraus könnte der Schluß gezogen werden, daß sich zusätzliche Investitionen in diesem Sektor nicht lohnen. Angesichts dieser Situation kommt der ökonomisch-rationalen Verwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen in diesem Sektor besondere Bedeutung zu. Dem Wunsch, so viel als möglich für das Gut Gesundheit auszugeben, stehen ohnehin auch an-

Gegen behördliche Verplanung

dere mehr oder weniger elementare Bedürfnisse (z. B. Nahrung, Wohnung, Kleidung) und die begrenzten wirtschaftlichen Mittel einer Volkswirtschaft entgegen.

Ein gesundheitsökonomisches Optimum läßt sich deshalb nicht dadurch erreichen, daß durch ein Maximum an Ausgaben für Gesundheitsleistungen die größtmögliche Gesundheit der größten Zahl geschaffen wird. Vielmehr muß anhand letztlich auch ökonomischer Kriterien unter Zugrundelegung bestimmter Prioritäten ermittelt werden, welcher Teil des Sozialprodukts einer Volkswirtschaft für die Gesundheit aufgewendet werden kann und soll. Zudem ist zu entscheiden, wie dieser Teil auf die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens verteilt werden soll. Innerhalb des Bereichs Gesundheit konkurrieren dabei etwa stationäre, ambulante und semistationäre Behandlung oder Kurativ-, Präventiv- und Rehabilitationsmaßnahmen.

4. Angebot und Nachfrage, Kosten und Finanzierung

Bei der sehr komplexen Problematik der Krankenhausversorgung und -finanzierung ist es nützlich, sich zunächst einmal die prinzipiellen Möglichkeiten zu verdeutlichen. Ebenso wie man der Ansicht sein kann, daß effiziente Gesundheits- und Krankenhauspolitik nur als Gemeinschaftsaufgabe aller betrieben werden kann, läßt sich andererseits auch die Auffassung vertreten, daß die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ein Prozeß individueller Bedürfnisbefriedigung ist.

Die Lösung der Probleme der Krankenhausversorgung und -finanzierung hängt damit wesentlich davon ab, ob man Krankenhäuser der „sozialen Infrastruktur“ zuordnet, für die nicht der Markt, sondern der Staat vorzusorgen hat, oder ob man Krankenhäuser als Dienstleistungsbetriebe des Sektors Gesundheitswesen begreift, die ihre Kosten durch leistungsgerechte Preise decken sollen.

Von dieser Betrachtung ausgehend stellt sich für Krankenhausleistungen im allgemeinen wie auch für strahlentherapeutische Leistungen – stellvertretend für Leistungen durch andere Großgeräte – im besonderen die Frage: Wer entscheidet nach welchen Kriterien über die Beschaffung und wer soll oder muß nach welchen Kriterien welche Kostenbestandteile in welchem Umfang auf welche Art und Weise tragen?

Die Argumente für und wider verschiedene Systeme und Methoden sind entsprechend den verschiedenen zugrunde liegenden politischen Konzeptionen und je nach Interessenstandpunkt der an dieser Auseinandersetzung Beteiligten kontrovers.

Die Lösungsvorschläge reichen von einem streng marktwirtschaftlich orientierten Modell bis zu einer vollkommenen Verstaatlichung des gesamten Krankenhaus- und Gesundheitswesens.

Dieser Situation und dem vielerorts erkennbaren Trend im Krankenhauswesen zu technisch perfektionierten, personal- und kostenintensiven Wirtschaftsbetrieben, die auf Massendurchgänge spezialisiert sind, hatte der deutsche Gesetzgeber im Hinblick auf ökonomische Erfordernisse vor allem durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) Rechnung zu tragen versucht.

Der Zweck des KHG, nämlich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen und wirtschaftlich betriebenen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen, ist allerdings nicht erreicht worden. Wie eklatant hinsichtlich dieser Zielsetzungen Anspruch und Wirklichkeit auseinanderklaffen und wie dürftig die bisherigen Novellierungsversuche dieses Gesetzes ausgefallen sind, dürfte allen mit der Materie Vertrauten hinlänglich bekannt sein.

5. Schwachstellenanalyse der gegenwärtigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Eine unmittelbare Motivation, Ressourcen wirtschaftlich zu verwenden, gibt es im deutschen Krankenhauswesen nicht. Daran ist insbesondere das Fehlen klarer Zuständigkeits- und Verantwortlichkeitsregelungen, das Kompetenzgerangel, insbesondere zwischen Bund, Ländern, Krankenkassen und Krankenhäusern, die gegenwärtig praktizierte dualistische Krankenhausfinanzierungsform und die Fixierung auf die manipulierbare Größe Pflegesatzschuld. Wie einzelne Kostenbestandteile in deutschen Krankenhäusern derzeit finanziert werden, weist die *Grafik* aus.

Zusätzliche Kosten wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung oder Minderbelegung sind vom Krankenhausträger selbst zu übernehmen.

Die heute übliche Praxis bei Pflegesatzverhandlungen aufgrund des KHG und der Bundespflegesatzverordnung besteht darin, alle Kosten auf den sogenannten Pflegesatz umzulegen, also auf eine Größe, die im Gegensatz etwa zu den Fallkosten so gut wie keinerlei Aussagekraft über die Wirtschaftlichkeit des Verhaltens eines Krankenhauses hat. Darüber hinaus sind dem gegenwärtig praktizierten Krankenhausfinanzierungssystem weitere nachteilige Auswirkungen immanent, z. B.:

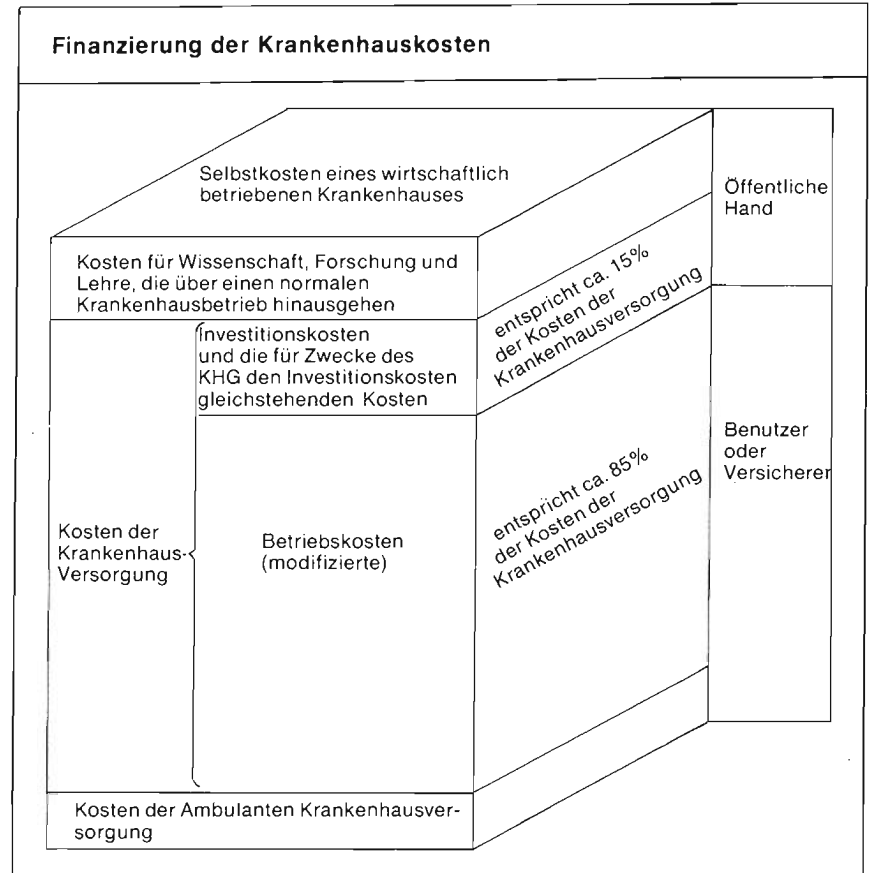
- ▶ fehlende Anreize zur Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung (das heute praktizierte Selbstkostendeckungsprinzip zusammen mit dem nach KHG vorgesehenen Gewinn- und Verlustausgleich bewirken das Gegenteil),
- ▶ fehlende oder zumindest unzureichende Steuerungs- und Kontrollinstrumente für eine wirtschaftliche Leistungserstellung,
- ▶ unrationelle Betriebsdispositionen (die dualistische Krankenhausfinanzierung droht zu einer widersinnigen dualistischen Krankenhausverwaltung mit allen damit verbundenen Nachteilen zu führen), ▶

► unterentwickeltes Kostenbewußtsein für das Verhältnis von verursachten Kosten und erbrachten Leistungen bei den Leistungserstellern, den Leistungsempfängern und den Kostenträgern.

Zudem ist die dualistische Krankenhausfinanzierungsform sehr verwaltungskostenaufwendig (nicht nur in den Krankenhäusern, sondern vor allem auch in den Behörden), sie führt zu teilweise orts- und praxisfernen sowie weniger betriebswirtschaftlich als vielmehr fiskalisch bedingten Investitionsentscheidungen und beinhaltet erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten. Alle Versuche, diese Nachteile durch direkte oder indirekte Eingriffe in das Krankenhauswesen zu kompensieren, haben genau das Gegenteil bewirkt. Auf die sich mittlerweile ergebenden verfassungs- und wettbewerbsrechtlichen sowie sozial- und ordnungspolitischen Bedenken soll hier nicht näher eingegangen werden.

6. Investitionsplanung, -lenkung, -kontrolle

Trotz oder vielleicht auch wegen dieser gravierenden Mängel der heutigen Krankenhausversorgung und -finanzierung wird immer wieder – für das gesamte Krankenhauswesen wie auch für einzelne Teilbereiche – die Frage aufgeworfen, ob Wirtschaftssysteme mit Privateigentum an Produktionsmitteln und privaten Investitionsentscheidungen überhaupt geeignet sind, Investitionen in gesellschaftlich wünschenswerter Weise zu steuern. Die Vertreter des gegensätzlichen Standpunkts beschwören dagegen die Gefahr der Verstaatlichung mit allen ihrer Meinung nach damit verbundenen Nachteilen herauf. In diesem Zusammenhang sollte man sich bemühen, Möglichkeiten zur Investitionsplanung und -lenkung jenseits aller politisch-polemischen Auseinandersetzungen auf ihre Praktikabilität im marktwirtschaftlichen System der Bundesrepublik Deutschland zu überprüfen. Dabei hat sich in letzter Zeit das Interesse an der Bestimmung der Investitionshöhe in zuneh-



mendem Maße auf die Frage nach der Investitionsstruktur verlagert. Alle Konzepte zur Investitionsplanung und -lenkung versuchen, die Struktur der privaten Investitionen und ihre Abstimmung mit den öffentlichen Investitionen auf eine bedarfsgerechte volkswirtschaftliche Produktions- bzw. Angebotsstruktur auszurichten.

Die vorgeschlagenen Modelle zur überbetrieblichen Investitionslenkung reichen je nach dem gesellschaftlichen Standort der Befürworter von marktkonformen globalen Steuerungsmechanismen bis hin zu direkten Eingriffen in die unternehmerische Entscheidungsautonomie. Während im ersten Fall die unternehmerische Autonomie generell erhalten bleiben soll, die Investitionsentscheidung jedoch indirekt durch eine Beeinflussung der hier zugrundeliegenden einzelwirtschaftlichen Fakten gelenkt werden soll, sind im zweiten Fall die stärksten

Einschränkungen in der Unternehmensautonomie mit direkten Investitionsverboten und Investitionskontrollen verbunden.

Die gegenwärtige Tendenz ist klar erkennbar. Nachdem seit dem Inkrafttreten des KHG Krankenhausbedarf (was immer darunter verstanden wurde) geplant wurde, sollen künftig auch medizinische Großgeräte für Krankenhäuser behördlich verplant werden. Mit Computertomographiegeräten fing es an, heute sind es Strahlentherapiegeräte, morgen sind es Octosone oder andere Ultraschallgeräte, angiografische Arbeitsplätze, Laborautomaten usw. Wenn die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum neuen § 14 KHG Gesetz werden sollte, dann werden künftig auch alle kurzfristigen Anla-

Gegen behördliche Verplanung

gegüter bzw. Geräte mit einem Wert von über 300 000 DM behördlich zu verplanen sein. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht mit der gleichen Berechtigung künftig auch alle verbleibenden Kleingeräte, insbesondere aber auch normierte Betriebsabläufe und bestimmte Personalkapazitäten, behördlich zu verplanen bzw. verbindlich vorzugeben wären.

Die Notwendigkeit einer Krankenhausbedarfsplanung wird wohl kaum ernsthaft bestritten. Einigkeit besteht bei Kritikern und Befürwortern insoweit, daß eine planende staatliche Gesundheitspolitik und auch Krankenhauspolitik als Rahmenplanung notwendig ist. Kontrovers wird jedoch die Frage beurteilt, ob die Struktursteuerung und Einzelsteuerung zum Markt- oder zum staatlichen Planungsbereich gehört. Sollte die Öffentliche Hand über Globalpläne, über Rahmenpläne, über Zielplanungen für Regionen, über Indikationskataloge hinaus etwa auch konkret über Detailplanungen entscheiden? Wer sollte im konkreten Einzelfall entscheiden, ob ein Strahlentherapiegerät künftig in ein Krankenhaus kommt oder nicht, wer soll über den Standort entscheiden, wer über die Ausstattung, über apparative, bauliche, personelle Fragen? Und wenn diese Fragen krankenhausextern entschieden werden, wer soll mit welchen Mitteln die Durchführung bzw. Einhaltung der Beschlüsse kontrollieren?

Wer soll künftig Initiativverantwortung, wer die Tätigkeitsverantwortung, wer die Resultatsverantwortung und wer die Kosten-, Erlös- und Finanzierungsverantwortung tragen? Hier scheiden sich die Geister. Hier werden plötzlich Angebots- und Nachfragekomponenten sowie Planung, Entscheidung, Risiko, Verantwortung und andere wesentliche Determinanten verwechselt und vermengt. Unklar bleibt auch, nach welchen Kriterien im Falle drohender Überkapazitäten Investitionen in den einzelnen Krankenhäusern reduziert werden sollen und wer die Verantwortung dafür trägt und wer eventuelle Folgelasten. Die Fehlbeurteilung einer Investition im Rahmen ein-

ner vorausschauenden Totalplanung würde zudem wegen der kumulierenden Wirkung erheblich weiter reichendere Folgen haben als die falsche Entscheidung einzelner Krankenhäuser bei dezentraler Steuerung über den Markt.

Sicherlich gelingt auch dem Marktmechanismus diese Koordinationsaufgabe nur unvollkommen, da sich die Determinanten für die Planung im Krankenhaus ständig ändern. Aber die Krankenhauswirtschaft als Unternehmerwirtschaft und nicht als bevormundete und enteignete Verwaltungswirtschaft, in der Verluste per se aus Steuermitteln gedeckt werden und die Frage des Versagens keine ökonomische, sondern eine politische Frage ist, ist zweifellos beweglicher und kann auf Änderungen nicht nur schneller, sondern auch praxisnäher und sachgerechter entscheiden. Das setzt allerdings Leistungswettbewerb und damit Wettbewerbsfreiheit und Chancengleichheit, Eigenverantwortung und Risiko und Chance voraus, welche den Krankenhäusern schon längst genommen scheinen.

Gänzlich ungeklärt ist die Frage nach den Auswirkungen einer weiter zunehmenden Bürokratisierung bzw. Verstaatlichung auf das adaptive Verhalten der Krankenhäuser. Es ist nicht sicher, ob unter den Bedingungen einer weitergehenden eingegengten unternehmerischen Entscheidungsautonomie weiterhin mit den bisher unterstellten Verhaltensfunktionen gerechnet werden darf. Nicht auszuschließen sind – jedenfalls für freigemeinnützige und private Träger – unternehmerische Ausweichstrategien wie schrittweise Produktionsverlagerung in das Ausland, Kapitalflucht oder Abwanderung in andere Sektoren der Volkswirtschaft.

Die Frage nach der „richtigen“ Investitionslenkung ist eines der entscheidendsten Probleme der Nationalökonomie. Angesichts des wachsenden Problemdrucks und des dadurch erwachten Problembewußtseins auch im Krankenhausbereich ist die Frage nach der optimalen In-

vestitionsstruktur zu wichtig geworden, als daß man nicht immer wieder über Verbesserungsmöglichkeiten nachdenken sollte.

7. Verhalten der Krankenkassen als Vertreter der Nachfrager und als Kostenträger

Der Normalfall im Wirtschaftsleben ist der, daß der Nachfrager eines Gutes gleichzeitig Bedarfsträger, Bedarfsbestimmer und Kaufkraftträger ist. Im Krankenhauswesen sind jedoch Bedarfsträger, Bedarfsbestimmer und Kaufkraftträger in der Regel nicht identisch. Bedarfsträger und Nachfrager ist der Patient. Über die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus entscheidet normalerweise der behandelnde, freipraktizierende Arzt, der somit Bedarfsbestimmer ist. Gleichfalls Bedarfsbestimmer ist der Krankenhausarzt, der über die Länge der Verweildauer entscheidet. Kaufkraftträger (Kostenträger) endlich ist in der Mehrzahl der Fälle ein Versicherer, wenn auch zu berücksichtigen ist, daß die finanziellen Mittel der Versicherer aus Versicherungsbeiträgen oder Steuermitteln stammen. Anstatt dieser eigentümlichen Konstellation Rechnung zu tragen und in Selbstverwaltung, wozu aber nicht nur Kompetenz, sondern auch Verantwortung gehört, ihren Aufgaben gerecht zu werden, verhalten sich die Krankenkassen und ihre Verbände im Prinzip ähnlich wie die Länder; sie wollen immer weniger zahlen, aber immer mehr zu bestimmen haben.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, für die ja Selbstverwaltung die absolute Priorität hat, haben im Herbst 1979 in einer gemeinsamen Presseerklärung den Novellierungsstand des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kritisiert. Dabei wurde an Bundestag wie an Bundesrat appelliert, neben verschiedenen anderen Forderungen auch am dualistischen Finanzierungssystem festzuhalten und sogar weitergehend eine Trennung zwischen Investitions- und Betriebsbereitschaftskosten sowie Benutzerkosten vorzunehmen. Nur letztere dürften nach Auffas-

sung der Kassen in den Pflegesatz eingehen. Abgesehen davon, daß diese Forderung nicht betriebs- oder volkswirtschaftlich, sondern lediglich vordergründig mit der Beitragshöhe der Krankenkassen begründbar ist, und wegen zu erwartender Abgrenzungsschwierigkeiten sogar Unwirtschaftlichkeit impliziert, ist diese Position auch aus anderen Gründen völlig unverständlich. Man kann nicht immer weniger (nämlich bei den Betriebskosten) bezahlen und gleichzeitig immer mehr (nämlich bei Krankenhausbedarfsfragen, Großgeräteanschaffung u. a.) bestimmen wollen. Gerade dadurch entstehen ja vielfältige Reibungsverluste und Unwirtschaftlichkeit, daß Angebots- und Nachfragestruktur immer stärker miteinander vermischt werden.

Über die Anschaffung eines Großgerätes entscheidet doch heute ohnehin kaum noch das Krankenhaus allein – vielleicht auch in Rückkopplung mit dem Nachfrager (nämlich den Krankenkassen für die Versicherten und Patienten); über die Anschaffung entscheiden heute Bürokraten und Technokraten, zweifellos nach bestem Wissen und Gewissen, aber ohne jegliches finanzielles Risiko, ohne unternehmerische Verantwortung und ohne verschiedene andere Voraussetzungen. Diese Einschränkung des eigenverantwortlichen Entscheidungsspielraums der Krankenhausleitungen hat sich letztlich auch negativ auf das Interesse am Aufdecken und an der Umsetzung von Rationalisierungsmöglichkeiten ausgewirkt. Statt dessen geht bei der heutigen Finanzierung durch Förderung (Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand) eine unübersehbare Schwemme von Beschaffungsanträgen ein, ohne daß dort immer beurteilt werden könnte, ob der Beschaffungsantrag unabdingbar notwendig, nützlich, prestigebedingt oder vielleicht nur mal der Versuch war, auch etwas „vom großen Kuchen“ zu bekommen.

Es soll nicht bestritten werden, daß ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser

eine umfassende und langfristige Krankenhausbedarfsplanung voraussetzt. Für das Funktionieren einer Krankenhausbedarfsplanung ist aber eine Beteiligung der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Krankenhäuser oder gar eine Verstaatlichung des Krankenhauswesens weder Notwendigkeit noch Gewähr. Eine sachgerechte Krankenhausbedarfsplanung könnte durchaus auch bei einer vollen Finanzierung über den Preis durchgeführt und umgesetzt werden.

Dadurch würde eine Konkurrenz-Situation geschaffen, die eine kostengünstige und nachfragegerechte Erstellung von Krankenhausleistungen begünstigt und eine wirtschaftliche Betriebsführung für die einzelnen Krankenhäuser existenz-notwendig machen würde. Bei dieser Finanzierungsform würde das Verhältnis Krankenhäuser – Krankenkassen auf eine völlig neue Basis gestellt. So könnten die Krankenkassen beispielsweise nicht die Übernahme von Betriebskosten mit der Begründung verwehren, sie wären in den Investitionsentscheidungsprozeß (derzeit Angelegenheit der Förderbehörde), der die Folgekosten ausgelöst hätte, nicht einbezogen gewesen.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Was die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung anbelangt, so konnte bis 1972 geradezu von einem „gesetzesfreien Raum“ gesprochen werden. Seitdem sind immer weitergehendere Eingriffe durch Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Vorschriften, Ausführungsbestimmungen und behördliche Praxis in die Struktur, die Planungs-, Entscheidungs- und Finanzautonomie der Krankenhäuser zu verzeichnen.

Wenn Prof. Dr. Dr. Hoffmann, Düsseldorf, Präsident des Verbandes Leitender Krankenhausärzte Deutschlands, davon spricht, daß die heutige staatliche Krankenhauspolitik nichts anderes sei als der Ersatz des Zufalls durch den Irrtum, und wenn Prof. Dr. Adam, Münster,

die Auffassung vertritt, daß keinesfalls die Krankenhäuser zu verurteilen seien, wenn sie sich lebenserhaltender Manipulationen bedienen, sondern daß der Gesetzgeber zu verurteilen sei, der durch törichte Gesetzesnormen dazu beiträgt, die guten Sitten zu verderben, so sollte das zumindest sehr zu denken geben. Aber selbst wenn man diese Urteile als zu hart empfinden sollte, so scheint doch gegenwärtig festzustehen, daß nicht nach dem ökonomischen Prinzip verfahren wird, das heißt der Versuch unternommen wird, eine vorgeplante Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit möglichst geringen Kosten sicherzustellen, sondern nach der perversen Forderung: „Wir müssen sparen, koste es, was es wolle!“

In dieser Situation sind die Einflußmöglichkeiten der Krankenhausgesellschaften leider sehr gering. Unabhängig davon bleibt zu hoffen, daß endlich auch einmal alternative Planungs- und Finanzierungsmodelle, möglicherweise auch eine Verkörperschaftung der Krankenhäuser, ernsthaft geprüft werden. Es wird jedenfalls höchste Zeit, daß das dualistische Finanziersystem, die Fixierung auf den Pflegesatz, das starre Selbstkostendeckungsprinzip, der Gewinn- und Verlustausgleich in der heutigen Form, die praktizierten Abgrenzungsspitfindigkeiten, der Rechnungswesenfetischismus und verschiedene andere Unzulänglichkeiten endlich durch ökonomisch vernünftige und praktikable Regelungen abgelöst werden. Gesetze und Verordnungen können und sollen zwar Rahmenbedingungen schaffen, Wirtschaftlichkeit läßt sich aber auch für Krankenhäuser nicht behördlich verordnen.

Anschrift des Verfassers:

Diplomvolkswirt,
Diplomhandelslehrer
Dr. rer. pol. Joachim Baumgarten
Geschäftsführer der Berliner
Krankhausgesellschaft e. V.
Keithstraße 1–3
1000 Berlin 30

Referat, gehalten anläßlich des „Symposiums wirtschaftliche Aspekte der Strahlentherapie“ vom 31. Januar bis zum 2. Februar 1980.