

Die von Frau Stöwahse und Frau Vogt beschworene Schädigung der Patienten sehe ich nicht speziell durch Krankenpflegepraktikanten vorprogrammiert. Bei aller Hochschätzung für die fachliche Kompetenz unserer Schwestern und unter dem bewußten Hinweis darauf, daß schon oft eine gute Schwester eine kritische Krankheitssituation besser erkannt und behandelt hat als ein unerfahrener Arzt, läßt sich nicht verschweigen, daß nicht selten tüchtige Schwesternhelferinnen oder Krankenpflegepraktikanten verlässlichere Helfer waren als unaufmerksame oder unbekümmerte Krankenschwestern oder -pfleger.

Die in den Leserbriefen angesprochene Verantwortung ist in erster Linie ein Problem des Chefarztes, der mit seinen Mitarbeitern dafür zu sorgen hat, daß jeder nur die Aufgaben übertragen bekommt, die er nach seinen Fähigkeiten und Kenntnissen ohne Gefahr für den Patienten erledigen kann.

Dies ist tatsächlich ein beunruhigendes Problem; aber es wird durch die Beschäftigung von Krankenpflegepraktikanten nicht wesentlich anders; allenfalls quantitativ etwas größer. Die examinieren Pflegekräfte und die Ärzte werden sehr schnell sehen, wieviel sie dem einzelnen Krankenpflegepraktikanten zumuten können und werden ihn in einem Prozeß des gegenseitigen Helfens an immer verantwortungsvollere Tätigkeiten heranführen können. Ich gebe zu, daß die Bereitschaft zum Helfen und Verstehen auf beiden Seiten vorhanden sein muß und daß es auch die Möglichkeit geben muß, unwillige oder verantwortungslose Praktikanten vorzeitig aus dem Praktikum zu entlassen. Dies wäre um so wichtiger, wenn sich die dezentrale Beurteilung – ein wesentlicher Ansporn, das Beste zu geben – aus juristischen Gründen nicht durchsetzen ließe.

Dr. med. Hans-Rainer Hannemann
Kreiskrankenhaus
8210 Prien a. Ch.

Krankenhausfinanzierung: Kirchliche Krankenhaus- träger empfehlen Dezentralisierung

Für eine weitgehende Dezentralisierung und Entstaatlichung der Krankenhausbedarfsplanung haben sich die kirchlichen Krankenhaus-Trägerverbände – der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V. – in einer Denkschrift zur Reform des geltenden Systems der Krankenhausfinanzierung und -planung ausgesprochen (vgl. Heft 16 der vom Caritasverband herausgegebenen Schriftenreihe „Unser Standpunkt“; Freiburg, Januar 1982).

Den Vorschlägen zufolge solle künftig das „staatliche Planungsmonopol“ durch eine dezentrale Planung „aller für das Krankenhauswesen Verantwortlichen“ ersetzt werden. Dem Krankenhaus-träger soll die alleinige Hoheit eingeräumt werden, die Planung durchzuführen; demnach soll er auch das Planungsrisiko tragen. Im einzelnen sieht das programmatische Papier folgende Regelungen vor:

An die Stelle der zentralistischen Bedarfsplanung der Landesbehörden tritt auf überbetrieblicher Ebene eine Orientierungsplanung, an der Krankenhaus-träger, Sozialversicherungsträger und der Staat gleichberechtigt beteiligt sind.

Ein speziell zu bildender *Orientierungsrat*, der verbindend zwischen Patienten, Krankenhaus, Krankenkassen und Staat tritt, ist der institutionelle Ordnungsrahmen für das neue System. Auf der Grundlage von exakter Kapazitäts- und Bedarfsermittlung und mit Hilfe von mittelfristigen Prognosen sollen neue Wege vorbereitet werden, um mehr Wirtschaftlichkeit, Kostenbewußtsein bei allen Beteiligten und Flexibilität zu erreichen.

Der Orientierungsrat, der sich aus Vertretern „aller Beteiligten“ bildet, analysiert und berät die Krankenhaus-träger bei sämtlichen geplanten Investitionen. Sein Votum ist entscheidend für das geplante Vorhaben. Investieren die Träger gegen die Stimme des Orientierungsrates, tragen sie das volle Risiko ohne Hilfe des Staates. Der Orientierungsrat auf Landesebene gibt zu den angezeigten Investitionsvorhaben und ihrer Begründung eine Stellungnahme ab. Vor Abgabe eines negativen Votums ist dem betroffenen Krankenhaus-träger Gelegenheit für ein gegenseitig klärendes Orientierungsgespräch zu geben (Beratungspflicht). Bei negativem Votum trägt das Krankenhaus, wenn es das Projekt gleichwohl durchführt, das volle Risiko für den Fall einer Fehlinvestition. Erweist sich umgekehrt bei positivem Votum des Orientierungsrates das Vorhaben als Fehlinvestition, so ist dem Krankenhaus das Refinanzierungsrisiko durch öffentliche Förderung wenigstens teilweise abzunehmen.

Verletzt das Krankenhaus indessen seine Pflichten (Anzeige-, Orientierungs-, Begründungs- und Beratungspflicht), so darf es Investitionskosten (insbesondere Abschreibungen oder Zinsen) für das betreffende Vorhaben im Pflege-satz nicht geltend machen.

Die Krankenhaus-träger sind verpflichtet, alle kapazitäts- und strukturverändernden Investitionsvorhaben beim „Orientierungsplan“ anzuzeigen (Anzeige-pflicht), sich über den Stand des Orientierungsplanes zu informieren (Orientierungspflicht) sowie die Notwendigkeit der Investition zu begründen (Begründungspflicht).

Im Krankenhausorientierungsplan werden sämtliche Daten zur Nachfrage der Patienten nach Krankenhausleistungen den entsprechenden Daten des Angebots an Krankenhausleistungen (insbesondere an Krankenhausbetten) gegen-

Krankenhausfinanzierung

übergestellt. Diese Bestandsübersicht wird durch eine entsprechende Prognose über die mittelfristig zu erwartende Entwicklung dieser Daten ergänzt. Der gesamte Orientierungsplan wird jeweils nach den Ebenen des örtlichen Versorgungsbereichs (zum Beispiel Landkreis), des Landes und des Bundes in abnehmender Detaillierung harmonisiert gestuft und laufend angepaßt.

Das duale Finanzierungssystem des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist dem Vorschlag zufolge zugunsten einer Investitions- und Betriebsfinanzierung aus einer Hand aufzuheben. Bei der Investitionsfinanzierung sind alle marktwirtschaftlich verfügbaren Finanzierungsquellen einschließlich der Finanzierung über den Kapitalmarkt zuzulassen. Ihre betriebswirtschaftlichen Kosten (Abschreibungen, Verzinsung, bei Einsatz von Eigenmittel ohne Zinsen) sind im Pflugesatz zu berücksichtigen.

Das Krankenhaus trägt mit Übernahme des Gesamtfinanzierungsrisikos u. a. auch das Verlustrisiko aus Belegungsschwankungen und Nachfrageänderungen. Zur Absicherung dieses Risikos ist ihm neben öffentlichen Fördermitteln die Möglichkeit zu geben, Rücklagen über den Pflugesatz (z. B. Risikoprämien) zu bilden.

Die Leistungsentgelte („Pflugesätze“) sind so zu gestalten, daß sie beim Anbieter und den Patienten das Kostenbewußtsein stärken und Anreize zur Kostensenkung schaffen.

Eine finanzielle Förderung durch den Staat soll grundsätzlich beibehalten werden und u. a. drei Zielen dienen:

- ▷ Senkung der Leistungsentgelte (Pflugesätze),
- ▷ Erleichterung des Investitionsrisikos mit pflugesatzsenkender Wirkung (u. a. Abnahme des Fehlinvestitionsrisikos bei positivem

Investitionsvotum des Orientierungsrates),

- ▷ Anpassungsförderung bei Verschiebung von Patientenbedürfnissen (Stillegungsprämien und Umstellungshilfen bei „Angebotsüberhängen“, Aufbauprämien bei Versorgungsengpässen).

Im Dossier des Bundesarbeitsministeriums

Die Vorschläge der kirchlichen Krankenhausträgerverbände verdienen um so größere Beachtung, als die zuständige Fachabteilung „Gesundheit und Krankenversicherung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zum Auftakt der jetzt in Angriff genommenen Beratungen zur Revision des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) über die ordnungspolitischen und programmatischen Vorstellungen der kirchlichen Trägerorganisationen in einer schriftlichen „Diskussionsunterlage“ besonders breit referierte. Aus der Tatsache, daß besonders diesem bis ins Detail ausformulierten krankenhauspolitischen Grundsatzprogramm von der Bonner Ministerialbürokratie neben wenigen anderen Papieren (so der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft und den Diskussionspapieren einiger Bundesländer) besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde, kann zwar nicht unmittelbar abgelesen werden, ob zumindest die Ministerialreferenten mit den Plänen der kirchlichen Trägerverbände liebäugeln. Doch ist aus diesem „Vorgehen“ zumindest zu erkennen, daß sich auch das Bundesarbeitsministerium grundsätzlich offen zeigt, einen Systemwandel zugunsten einer streng monistischen Finanzierung (ausschließlich über die Benutzer bzw. Kostenträger) anstelle des geltenden dualen Finanzierungssystems „vorbehaltlos“ zu diskutieren.

Dieses Grundmodell, bei dem sämtliche Investitions- und laufen-

den Betriebskosten ausschließlich über den „Preis“ (Pflugesatz) von den Kostenträgern aus einer Hand finanziert werden, schließt eine entsprechende, stark erweiterte Mitbestimmung der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen sowie der Krankenhausträger bei der Krankenhausbedarfsplanung ebenso ein wie eine Konfliktregelung durch unabhängige Schiedsstellen bei der Pflugesatzbildung.

Zwar können die Nachteile des dualistischen Systems – nämlich Kostenverschiebungen und Manipulationen an der Naht- und Schnittstelle zwischen staatlicher Investitionsfinanzierung und Finanzierung der Betriebskosten als eine wesentliche Ursache für unwirtschaftliches Betriebsgebaren – ausgeschaltet werden. Es wäre jedoch im Hinblick auf die angestrebte Beitragsstabilität der Krankenkassen abträglich, würde die „Umbuchung“ der Finanzierungslasten ausschließlich zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Der Staat darf es sich bei den Reformüberlegungen nicht zu einfach machen, indem er sich ersatzlos aus der Verantwortung für die Vorkhaltung und Finanzierung in diesem wichtigen Bereich des Gesundheitswesens und der Daseinsvorsorge herauszieht. Falls sich dennoch die öffentliche Hand sukzessive noch mehr als bisher schon aus der Investitionskostenförderung absentieren sollte, dann muß eine begleitende Verlaufskontrolle sicherstellen, daß die mit Sicherheit eintretenden zusätzlichen Belastungen der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherung durch nachgewiesene Rationalisierungserfolge und eine wirtschaftlichere Betriebsführung aufgefangen werden können. Nur so kann gewährleistet werden, daß die ohnedies dem Gesundheitswesen vorgegebenen gesamtwirtschaftlichen Auflagen und Limitierungen Empfehlungen der Konzentrierten Aktion u. a.; nicht unvermittelt zu einer Knebelung der übrigen „Leistungserbringer“ im Gesundheitswesen führen. HC