

KURZBERICHTE

BUNDESÄRZTEKAMMER:

Thesen zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat Mitte September 1983 ein Thesenpapier zur Neuordnung des Krankenhausfinanzierungs- und Planungssystems beschlossen, das der Ausschuß für Krankenhausfragen vorbereitet hat. Dieses Papier stellt die Vorstellungen der Bundesärztekammer im Hinblick auf die derzeit laufenden Vorarbeiten der von der Bundesregierung eingesetzten Beratergruppen zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und -planung, die dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als Grundlage für eine umfassende Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Frühjahr 1984 dienen sollen, noch einmal deutlich heraus.

Vorstellungen für eine erforderliche Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und -planung hat die deutsche Ärzteschaft schon vor Jahren entwickelt und seitdem den politischen Entscheidungsträgern wiederholt vorgelegt. Im einzelnen handelt es sich hier um die vom 75. Deutschen Ärztetag 1972 beschlossenen „Westerländer Leitsätze“ sowie die vom 80. Deutschen Ärztetag 1977 in Saarbrücken erweiterten und noch einmal bekräftigten „Thesen zur Reform der Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in freier Praxis und im Krankenhaus“. Den wesentlichen Gehalt dieser Arbeitspapiere hat der 83. Deutsche Ärztetag 1980 in Berlin in seinen neu gefaßten – und heute noch aktuellen – „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“, dem sogenannten Blauen

Papier, noch einmal hervorgehoben. Diese Beschlüsse Deutscher Ärztetage sind nach wie vor Ausgangspunkt aller Vorschläge der Ärzteschaft zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und -versorgung.

Bereits in ihrer Stellungnahme zum „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG)“ vom 4. September 1981 gegenüber den zuständigen Bundestagsausschüssen hat die Bundesärztekammer eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und -planung zur Verbesserung der Krankenhausversorgung auf der Grundlage dieser Beschlüsse gefordert.

Störende Kompetenzteilung

1. Die durch das derzeitige Finanzierungssystem der Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972/1981 bedingte Trennung der Finanzierung von funktional eng verbundenen Investitionskosten einerseits und Betriebskosten andererseits hat sich in der durch dieses Gesetz bestimmten Form sowohl in betriebs- als auch in volkswirtschaftlicher Sicht nicht bewährt. Die Aufspaltung der Krankenhausfinanzierung zerstört den funktionalen Zusammenhang der Entscheidungen im Investitions- und Betriebskostenbereich auf betrieblicher Ebene und verhindert damit betriebswirtschaftlich sinnvolle Entscheidungen.

Die sich zwangsläufig einstellenden Kostenverschiebungen an der Nahtstelle zwischen der staatlichen Investitionsfinanzierung

und der Finanzierung der Betriebskosten über die Pflegesätze können eine wesentliche Ursache für eine unwirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser sein, wenn im sachlichen Zusammenhang stehende Entscheidungen an verschiedenen Stellen, zum größten Teil außerhalb des Krankenhauses, getroffen werden. Die immer stärker werdende Abhängigkeit der vom Staat bereitzustellenden öffentlichen Mittel für Krankenhausinvestitionen von konjunkturellen Entwicklungen, d. h. der Verfügbarkeit staatlicher Finanzmittel, verschärft die hieraus resultierenden Probleme in unvertretbarem Maße.

Öffentliche Hand bleibt in der Verantwortung

2. Eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel, hierdurch bedingte Unwirtschaftlichkeiten künftig zu vermeiden, darf nicht dazu führen, daß die öffentliche Hand ihre auf gesetzlicher Grundlage übernommenen Finanzierungsverpflichtungen gänzlich auf die Krankenkassen verlagert. Die Finanzierung von Neubau-, Erweiterungsbau- und Umbaumaßnahmen, zumindest aber die Finanzierung der Grundkosten für die Vorhaltung von Betten, Material und Gerät für Not- und Katastrophenfälle muß in jedem Falle Aufgabe des Staates bleiben. Ein Abbau des Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand darf nur teilweise insoweit erfolgen, als durch eine verbesserte Wirtschaftlichkeit die bei den Krankenkassen eintretenden Belastungen aufgefangen werden können. Eine unabdingbare Voraussetzung für eine Änderung der Finanzierungskonzeption sind dem Kassenarztrecht nachzubildende vertragliche Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, welche eine gleich starke Position der Vertrags- und Verhandlungspartner mit Konfliktlösungsmöglichkeiten durch unabhängige Schiedsstellen vorsehen müssen. ▷

Planungsmonopol beseitigen!

3. Bei der Krankenhausbedarfsplanung muß das gegenwärtig bestehende staatliche Planungsmonopol aufgehoben und durch ein dezentralisiertes gestaltetes Planungssystem der Selbstverwaltung, d. h. aller am Krankenhauswesen maßgeblich Beteiligten unter Einschluß der Krankenhausärzte, ersetzt werden. Grundsätzlich müssen bei allen Planungen – mehr und konkreter als bisher – die daraus entstehenden Folgekosten beachtet werden. Grundsatzentscheidungen über Krankenhausbedarfsplanung und Investitionsprogramme, Aufgabenstellung und Wirtschaftlichkeit, Personalbesetzung und Sachausstattung bedürfen des Einbezugs ärztlichen Sachverständes durch die Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzteschaft, damit eine den heutigen Erfordernissen und Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Versorgung der Patienten auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gesichert bleibt.

Flexible Abrechnungssysteme

4. Das bisherige System der über den Pflegesatz erfolgenden bloßen Kostenerstattung aufgrund nur nachzuweisender Selbstkosten muß aufgegeben und statt dessen eine angemessene Vergütung wirtschaftlich erbrachter Leistungen je nach Leistungsspektrum und Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses ermöglicht werden. Für die Pflegesatzbildung bedeutet dies, differenziertere und transparentere Abrechnungsmöglichkeiten zu eröffnen. Entsprechend der Leistungsvielfalt der Krankenhäuser muß der derzeitige Pflegesatz differenziert und im Sinne einer erforderlichen Kostenklarheit in Kosten für Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Leistungen, pflegerische Leistungen sowie Sach-

leistungen und gegebenenfalls bestimmte investive Bereiche aufgliedert werden.

Die Pflegesätze als Leistungsentgelte müssen Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung ausüben, wobei dies konsequenterweise auch bedeuten muß, das Selbstkostendeckungsprinzip in seiner jetzigen Form zur Disposition zu stellen. Soll von der reinen Erstattung der individuell im einzelnen Krankenhaus entstandenen Kosten übergegangen werden zu einem bei wirtschaftlicher Leistungserstellung auszuhandelnden „Preis“ für die im Einzelfall tatsächlich erbrachten Leistungen des Krankenhauses, muß der auf das einzelne Haus uniform bezogene Selbstkostendeckungsanspruch in dem Sinne aufgegeben werden, daß die ausgehandelten „Preise“ nur bei wirtschaftlicher Leistungserstellung kostendeckend wären. Für das einzelne Krankenhaus hätte dies zur Folge, daß es, läge es mit seinen individuell entstandenen Kosten unter den ausgehandelten „Preisen“, in den betreffenden Bereichen eine Überdeckung erzielen würde. Demgegenüber müßte es indes im umgekehrten Fall – zumindest partiell für einzelne Bereiche – Kostenunterdeckung hinnehmen.

Aussagefähige Meßgrößen

5. Für eine solche Neuordnung sind jedoch auch ausreichende Grundlagen für eine sachgerechte Beurteilung der Kosten- und insbesondere der Leistungsstruktur der Krankenhäuser notwendig. Bei der Vielschichtigkeit der Aufgabenstellung der Krankenhäuser sowie der großen Spannweite ihrer Versorgungsfunktionen und ihres Leistungsspektrums müssen für eine solche Beurteilung von den Beteiligten – über die derzeit aus den Selbstkostenblättern der Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Kriterien hinausgehend – aussagefähigere Meßgrößen geschaffen werden. DÄ

Robert-Bosch-Stiftung: Selbstverwaltung der Krankenhäuser stärken

Vorschläge zur Krankenhausangebotsplanung und Finanzierung von Krankenhäusern hat die von der Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, vor zwei Jahren eingesetzte 20köpfige „Kommission Krankenhausfinanzierung“ Anfang Oktober 1983 veröffentlicht (vgl. Editorial in Heft 41/1981, Seite 1. Ein Zwischenbericht empfiehlt, die Krankenhäuser einer Versorgungsregion in einer Körperschaft öffentlichen Rechts zusammenzufassen. Diese neu zu etablierenden Körperschaften sollen die Aufgaben der Bedarfsplanung wahrnehmen; sie wären gesetzlich darauf zu verpflichten, die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Die Krankenkassen sollen bei der Bedarfsplanung mitbestimmen. Die Preise für Krankenhausleistungen wären nach diesem Modell zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen frei auszuhandeln. Sie sollen langfristig alle Kosten, also auch die Abschreibungen auf Investitionen decken. Den Krankenhäusern wäre die Überschubildung zu ermöglichen und das Verlustrisiko zuzumuten. (Vgl. dazu ausführlich auch die Kontra-Meinung in DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 37/1983, Rubrik „Kurzberichte“.)

Die Kommission der Bosch-Stiftung geht von den „Steuerungsmängeln der gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen zur Planung und Finanzierung von Krankenhausleistungen“ aus. So stellt sie zum Beispiel fest, daß die gegenwärtige Trennung der Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten, das Selbstkostendeckungsprinzip und der voll pauschalierte Pflegesatz zu erheblicher Unwirtschaftlichkeit führen können. Durch Kalkulations- und Bilanzierungsvorschriften würden ferner die Eigentumsrechte der Träger beeinträchtigt. Die ortsferne Bedarfsplanung habe zu Fehl-