

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 Sachverständigen 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 Überschubbildung 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-

KURZBERICHTE

entscheidungen bei der Krankenhausplanung, aber auch zur Entmutigung von Ärzten, Pflegepersonal und vor allem von Krankenhausträgern geführt.

Die Kommission sieht die Krankenhausversorgung als *öffentliche Aufgabe* an. Sie vertritt die bedarfswirtschaftliche Orientierung der Krankenhauswirtschaft und die Vielfalt der Träger als ordnungspolitische Prinzipien für die Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Rein marktwirtschaftliche Lösungen von Planung, Finanzierung und Erstellung von Krankenhausleistungen sind nach Meinung der Kommission nicht mit der Forderung nach einer gleichmäßigen Versorgung zu vereinbaren. Stärkere staatliche Regulierung könne dieses Ziel zwar erreichen, sei jedoch mit hohen Effektivitäts- und Effizienzverlusten verbunden.

Aus diesem Grund bevorzugt die Kommission eine „verbandswirtschaftliche Lösung“. Auf der Ebene einer Versorgungsregion sollen die Krankenhäuser Krankenhausvereinigungen bilden. Der Staat soll die Bedarfsplanung auf diese Körperschaften übertragen und ihnen einen Sicherstellungsauftrag analog der Regelungen im ambulanten Sektor der gesundheitlichen Versorgung erteilen.

Die „Krankenhausvereinigungen“ als „K. d. ö. R.“ hätten dann bei Verhandlungen mit ihren Krankenkassen auf regionaler Ebene über die Bedarfsplanung und die Preisgestaltung zu verbindlichen Ergebnissen zu kommen. Einigen sich die Partner nicht, ist ein Schiedsverfahren vorgesehen. Der Staat beschränkt sich auf die Aufsicht, die entsprechend dem jeweiligen Finanzierungsverfahren unterschiedlich auszugestalten wäre (eine insbesondere von Kommissionsmitglied Prof. Dr. Siegfried Eichhorn, DKI, Düsseldorf, vorgeprägte Meinung). Die Kommission bevorzugt innerhalb dieser verbandswirtschaftlichen

Lösungen ein monistisches Finanzierungsverfahren. Das heißt, alle Kosten würden über die auszuhandelnden Preise gedeckt. Die Krankenhäuser hätten Rücklagen für ihre Investitionen zu bilden oder Kredite aufzunehmen und zurückzuzahlen. Bei den Investitionen wären die Krankenhäuser lediglich an die Vorgaben des regionalen Bedarfsplanes gebunden, aber sonst in wirtschaftlicher, finanzieller und rechtlicher Hinsicht von staatlichem Einfluß frei.

Duales System modifizieren!

Als Alternative hält die Kommission auch für denkbar, das herkömmliche duale Finanzierungssystem zu modifizieren. Beim jetzigen System trägt der Staat sämtliche Investitionen, während die Krankenkassen die Betriebskosten erstatten. Den Vorstellungen

Pflegesatz im Bundesdurchschnitt erstmal über 200 DM

Erstmals haben die Krankenhauspflegesätze im Bundesdurchschnitt auf breiter Front die 200-DM-Grenze überschritten: Nach den Daten des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), Köln, lag der allgemeine Pflegesatz Mitte dieses Jahres bei 203,71 DM. Dies sind 5,4 Prozent mehr als im Vorjahr. Dabei hat sich das bisher bestehende Nord-Süd-Gefälle weiter verstärkt. In Hamburg beispielsweise müssen die Krankenkassen mit 264,02 DM pro Pflegetag am meisten bezahlen. Die preisgünstigsten Kliniken stehen in Bayern; der allgemeine Pflegesatz liegt dort bei durchschnittlich 171,64 DM. Die Zuschläge für Einbettzimmer sind mit einem Plus von sieben Prozent überdurchschnittlich gestiegen. In öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern wuchs der Aufpreis für Einzelzimmer sogar um acht Prozent. EB

der Kommission zufolge hätte dann der Staat nur noch die langfristigen Investitionen zu finanzieren. Zur Deckung der Betriebskosten einschließlich der Abschreibungen für mittel- und kurzfristige Anlagegüter hätten die Krankenhäuser mit den Kassen wiederum Preise zu vereinbaren. Die staatlichen Investitionszuschüsse sollten dann nicht wie bisher als Einzelzuweisungen an die Krankenhäuser gehen. Sie wären vielmehr nach einem Pauschalschlüssel zu errechnen und den regionalen Krankenhauskörperschaften zuzuweisen, die ihrerseits diese Mittel entsprechend dem ausgehandelten Bedarfsplan auf die jeweiligen Krankenhäuser zu verteilen hätten. Die Investitionsmittel, die die Krankenhäuser erhalten, würden in deren Eigentum übergehen. Gegen Zweckentfremdung und Mißbrauch werden rechtliche Vorkehrungen empfohlen. Beide Vorschläge können nach Ansicht der Stuttgarter Kommission für alle Beteiligten kostenneutral durchgeführt werden. Dazu müßte die öffentliche Hand in dem Ausmaß, in dem sie jeweils von Investitionen entlastet wird, die Krankenkassen von den sogenannten „kassenfremden Leistungen“ befreien und diese selbst finanzieren. Für beide Modelle der Krankenhausfinanzierung empfehlen die Experten aus Verwaltung und Wissenschaft auch, das gegenwärtige Entgeltverfahren nach Pflegesätzen zu ändern. Es werden „Preisverhandlungen“ vorgeschlagen, bei denen nicht mehr wie bisher entstandene Kosten nachzuweisen sind. Die Preise könnten als Honorare für medizinische Leistungskomplexe ausgestaltet werden; dafür wäre eine Gebührenordnung notwendig. Daneben wären Preise für Unterkunft und Verpflegung für jedes Krankenhaus individuell auszuhandeln. Als Alternative dazu schlägt die Kommission vor, Pflegesätze für „Normalleistungen“ auszuhandeln, die besonders teuren Leistungen aber gesondert zu bewerten und zu berechnen. WZ/EB