

**BADEN-WÜRTTEMBERG****Studenten mit psychischen Problemen**

Schwierige Studienbedingungen und Angst vor Arbeitslosigkeit nach abgeschlossenem Studium führen bei Studenten zunehmend zu psychischen Beschwerden. Die vor fünf Jahren an der Universität Mannheim eingerichtete Psychotherapeutische Beratungsstelle wird von immer mehr Studenten aufgesucht. Karlheinz Metzger, der Leiter des Mannheimer Studentenwerks, das die Beratungsstelle größtenteils finanziert, appelliert jetzt an Landesregierung und Landtag, die Bezuschussung dieser Beratungseinrichtung nicht wie in den zurückliegenden zwei Jahren weiter drastisch zu kürzen oder gar ihre Schließung in Erwägung zu ziehen.

Nach der Statistik des Studentenwerks, die repräsentativ sei für alle sieben Beratungsstellen im Lande, stünden Leistungsprobleme der Studierenden mit 45,6 Prozent an der Spitze der Gründe, weshalb die Beratungsstelle aufgesucht werde. Mit 36,1 Prozent folgen Unsicherheit im Verhältnis zu den Mitstudierenden und zur Universität sowie Existenz-, Zukunfts- und Versagensängste. dr

**HESSEN****Dreißig Jahre Neurochirurgie in Gießen**

Der 30. Geburtstag einer Institution markiert wie der im Menschenleben eine kurze Wegstrecke. Aber der 30. Geburtstag einer medizinischen Disziplin bedeutet viel. Die aus diesem Anlaß zusammengestellte Broschüre mit der Chronik der Neurochirurgie in Gießen gibt ein Bild nicht nur von der Entwicklung der Institution, sondern auch vom Wirken des Mannes, der ihr vorsteht: Professor Dr. Dr. Hans Werner Pia, selbstverständlich auch aller seiner Mitarbeiter und Mitarbeiterin-

nen in den verflochtenen drei Jahrzehnten.

Die (ursprüngliche) Neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Gießen wurde 1953 durch Initiative ihres Direktors, Professor Dr. Karl Voßschulte, gegründet. Hans Werner Pia – 1921 in Bochum geboren, Medizinstudium in Marburg, unterbrochen durch Kriegsdienst zwischen 1940 und 1943, Staatsexamen und Promotion 1945, Arbeit in der Marburger Universitäts-Nervenklinik unter Professor Dr. E. Kretschmer, chirurgische und neurochirurgische Ausbildung unter Professor Dr. W. Tönnis, zunächst am Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer, dann an der Universitätsklinik Köln – übernahm 1953 Leitung und Aufbau der Neurochirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Gießen, zunächst als Neurochirurgische Abteilung, seit 1961 Neurochirurgische Universitätsklinik.

Curriculum vitae Professor Pias und die Entwicklung der Klinik erscheinen untrennbar: 1961 wurde Pia außerordentlicher Professor für Neurochirurgie und Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik, 1962 ordentlicher Professor für Neurochirurgie. Insgesamt 300 wissenschaftliche Veröffentlichungen Professor Dr. Dr. Pias geben einen Eindruck nicht nur von seiner persönlichen Leistung, sondern auch von der Erfüllung der klinischen und wissenschaftlichen Aufgaben der Gießener Neurochirurgie.

Die Broschüre, die auf 132 Seiten die 30jährige Entwicklung der Gießener Neurochirurgie beschreibt, vermittelt ein eindrucksvolles Bild nicht nur von den „Personalien“ in Klinik und Verwaltung, sondern vor allem auch von den klinischen Einrichtungen, von der Krankenversorgung, von Wissenschaft, Forschung und Lehre bis hin zur zwischenmenschlichen Begegnung, die in der Gießener Klinik offensichtlich großgeschrieben wird. EB

**Ärzte in Ghana bitten dringend um Hilfe**

Vom Hartmannbund gefördert, führt CARE Deutschland ein Hilfsprogramm für die Ärzte in Ghana durch, zu dem beizutragen die Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland und in Westberlin dringend aufgerufen sind:

Die medizinische Versorgungslage in dem westafrikanischen Staat Ghana ist schon seit langer Zeit katastrophal und wird immer problematischer, wenn keine Hilfe von außen eintrifft. Rund 500 Ärzte müssen sich um 15 Millionen Menschen kümmern und kämpfen mit dem Mut der Verzweiflung gegen für uns unvorstellbare Arbeitsbedingungen. Es gibt kein Verbandmaterial, keine Watte oder Wundpflaster; aber auch keine Spritzen oder Skalpellblätter, von den notwendigsten Medikamenten nicht zu sprechen.

Viele der 500 Ärzte erhielten ihre Ausbildung und auch ihre Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Sie alle bitten inständig um die solidarische Hilfe ihrer deutschen Kollegen. Die „Ghana Medical Association“ als einzige Ärzteorganisation des Landes hat eine gemeinnützige Stiftung unter dem Namen „Health Promotion Program“ gegründet, damit jede Art von Hilfe in gerechter Weise an die Ärzte überall im Land weitergegeben wird. Der Hartmannbund hat diese Stiftung beraten und CARE Deutschland als Partner für die Unterstützung der ghanaischen Ärzteschaft gewonnen.

Eine Liste der wichtigsten Arznei- und Hilfsmittel wurde aufgestellt, die den dringendsten Bedarf abdeckt; ihre Finanzierung erfordert aber eine Million DM. Und erst für 200 000 DM konnte CARE Deutschland bisher Medikamente und Gerät nach Ghana senden. Daher ruft der Hartmannbund alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, für die Hilfsmaßnahmen von CARE Deutschland eine (steuerlich absetzbare) Spende auf das Konto Nr. 133 310 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Düsseldorf zu überweisen oder als Mitglied im CARE-Freundeskreis mit einem regelmäßigen Beitrag die in Ghana durchgeführten Programme auf Dauer zu sichern (CARE Deutschland e. V., Wesselstraße 12, 5300 Bonn 1). WZ

## Krankenhausfinanzierung: „Echtes“ Preissystem empfohlen

Eine grundsätzliche Abkehr vom herkömmlichen Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung und der im Pflegesatzrecht verankerten Vollkostendeckung hat der Münchner Nationalökonom Prof. Dr. rer. pol. Frank E. Münnich, der Direktor des Seminars für theoretische und angewandte Sozialökonomik an der Universität München, bei einem Symposium der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., im Wissenschaftszentrum in Bonn, gefordert (am 23. November 1983). Beschränkt sich der Gesetzgeber auf marginale und finanzkosmetische Änderungen des geltenden Finanzierungssystems (KHG) und reduzieren sich die Reformversuche lediglich auf eine Entflechtung oder Abmilderung der Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern und/oder der Milderung der geltenden dualistischen zugunsten eines teilmonistischen oder monistischen Systems, so würden die Hauptursachen der Kostenexpansion und der Fehlsteuerungen vor allem der internen Krankenhausbetriebsführung nicht beseitigt werden. Zwar ließen sich durch differenzierte Pflegesätze (degressive, stations- oder abteilungsdifferenzierte Pflegesätze und einer Stufung der Krankenhäuser nach der Pflegeintensität) Anreize schaffen, die Verweildauer abzukürzen und mehr Sicherheit für die Abrechnung und die Finanzierung der Hospitäler zu erlangen, über eine „reine Finanzkosmetik“ kämen diese Ansätze nach Münnichs Ansicht jedoch nicht hinaus.

Münnich bezeichnete die Abkehr vom Vollkostendeckungsprinzip (auch eine retrospektive Verlustdeckung ist bei diesem Verfahren möglich) und den Übergang zu einem flexiblen Gewinn- und Verlustsystem als einen „wesent-

lichen Hebel“ zur Kehrtwendung in der Finanzierungsreform. Die bei öffentlichen Krankenhäusern entstehenden erheblichen Rechtsprobleme bei Verlusteintritt könnten insoweit abgemildert werden, als diesen Krankenhäusern – unabhängig von der Rechtsform ihrer Träger – die Rechtsform von Aktiengesellschaften oder GmbHs empfohlen werden sollte. Dann wäre zumindest eine transparentere Finanzgebarung gewährleistet, weil diese Gesellschaftstypen den üblichen Publizitätsvorschriften unterworfen würden. Jedenfalls sollte der Gesetzgeber sich abinent zeigen, die Wettbewerbsungleichheiten der einzelnen Trägerformen weiter zu verstärken.

Die Forderung, Gewinn- und Verlustmöglichkeiten zu realisieren, dürfe sich allerdings nicht darin erschöpfen, daß in den Pflegesatzverhandlungen bereits im voraus ein Gewinn (auch ein unternehmerischer) einkalkuliert wird. Denn dies wäre, so Münnich, „noch schlimmer“ als die herkömmliche Kalkulation zu „historischen“ Vollkosten. Allenfalls will Marktwirtschaftler Münnich eine prospektive Festlegung ohne Widerrufsmöglichkeiten und Nachschußpflichten auf der Basis „historischer Kosten“ tolerieren, denn dies übe einen Druck aus, die Kosten zu minimieren.

### „Indemnitätslösung“

Im einzelnen schlägt der Münchner renommierte Gesundheitsökonom ein neuartiges Vergütungssystem vor, das zu einem echten Preissystem ausgebaut werden sollte. Das von Münnich als „Indemnitätslösung“ bezeichnete System geht davon aus, daß die Sozialleistungsträger zu einem fest kalkulierten Pflegesatz dann die Kosten übernehmen,

wenn sie sparsam, wirtschaftlich und medizinisch zweckmäßig sind. Ausschlaggebend für die Kostenübernahme durch die GKV sollte die ärztliche Einweisung in die jeweilig erforderliche Versorgungsstufe und die jeweilige Fachabteilung sein. Die Kassen sollten angewiesen werden, nur den Tagessatz zu zahlen, der am „unteren Rand der Verteilung aller Pflegesätze einer Versorgungsstufe liegt“ (Münnich). Den sozialversicherten Patienten würde in seiner Versorgungsregion dasjenige stationäre Leistungsangebot als Sachleistung angeboten, das für die Behandlung seiner spezifischen Diagnose notwendig und ausreichend ist. Wählt der Patient dagegen ein Haus mit höherem als dem zu vergütenden Pflegesatz, zahlt er die Differenz zwischen beiden selbst drauf (Münnich: „Wer juxt, zahlt drauf.“) Verhält sich der Patient indikationsgerecht und nach den Ratschlägen der Ärzte, so kommt er ohne Zuzahlung aus, andernfalls ist eine Eigenbeteiligung fällig. Diese Lösung hätte den Vorteil, daß sich die Patienten, um der Selbstbeteiligung auszuweichen, sich in erster Linie auf preiswerte Krankenanstalten, Praxiskliniken und Belegkrankenhäuser konzentrieren.

Die Krankenhäuser wären zu mehr Wettbewerb motiviert, könnten Gewinne ausschütten oder thesaurieren. Die kostengünstigen Häuser könnten die erwirtschafteten Erträge zu vermehrten Erweiterungs- und Rationalisierungsinvestitionen reinvestieren und so einen kumulativen Sparprozeß insgesamt auslösen.

Nach Münnich ist es notwendig, die Bindung der Leistungsvergütung ausschließlich an die Verweildauer aufzuheben. Auch die Zuteilung öffentlicher Finanzierungsmittel ausschließlich nach einer bettenorientierten Stufeneinteilung sei unzweckmäßig. Die Zusammenfassung von Krankenhausträgern in Körperschaften öffentlichen Rechts lehnt Münnich entschieden ab. HC