

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 abtinent 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 unzulässig. Die Zusammenfassung von Krankenhausträgern in Körperschaften öffentlichen Rechts lehnt Münnich entschieden ab. HC