

Kostendämpfung im Krankenhaus durch mehr Transparenz?

In der gesundheitspolitischen Diskussion hat sich eine These verfestigt, die zwar viel zitiert und unablässig wiederholt wird, die aber dennoch nicht stichhaltig ist: Das kostenexpansive Krankenhaus müsse nur mit allen möglichen rigorosen internen wie externen „Wirtschaftlichkeitsprüfungen und -kontrollen“, Transparenzaktionen und Stellenplankürzungen unter Druck gesetzt werden, dann werde es betriebswirtschaftlich wieder gesunden...

Mehr noch – so diese „Gesundungsthese“ weiter –: Mit Hilfe einer über die Maßen eingespannten automatisierten Datenverarbeitung, mit erweiterten obligatorischen Kosten- und Leistungsverzeichnissen, mit Hilfe von Diagnosen- und Leistungsstatistiken und anderen administrativen Maßnahmen müsse die totale Transparenz auch im Krankenhausbetrieb hergestellt werden. Dann würden Rationalisierungs- und Sparreserven offengelegt und Unwirtschaftlichkeiten zielgerecht erkannt werden können. Die verbesserte Transparenz würde ökonomische Hebel freilegen, zum Vorteil der Krankenkassen, zum Segen der Beitragszahler und Versicherten. Denn gerade die Krankenkassen und die Versicherten müßten ein vitales Interesse daran haben, die von den Krankenkassen ausgewiesenen Selbstkosten über die Kosten- und Leistungsverzeichnisse (anstelle der früheren Selbstkostenblätter) zu kontrollieren, Wirtschaftlichkeitsreserven durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen erschließbarer zu machen.

Die Schlußfolgerung, mehr Transparenz und ein verstärkter Einsatz der automatisierten Datenverarbeitung würden automatisch zur Kostensenkung führen, ist viel zu simpel, als daß sie vor der Realität Bestand haben könnte. Noch nie haben Anstrengungen, die Kosten offenzulegen und zu kontrollieren, diese einfach wegrationalisiert und zur Ausgabendämpfung bei den Krankenkassen geführt. Allenfalls wurden die Quellen der Kostenverursachung mit

Hilfe der EDV offengelegt und Störquellen eingegrenzt. Nicht selten wurden gerade mit Hilfe der EDV wahre Datenfriedhöfe angelegt, die oftmals zu vordergründigen Schuldzuweisungen und Rechtfertigungszwängen veranlaßten. Mit dem Datenfundus im Bereich der Kosten und Leistungen wußte aber kaum jemand etwas Sinnvolles anzufangen.

Ein Indiz dafür sind die Budgetverhandlungen nach dem novellierten Krankenhausfinanzierungsrecht. Hier beklagen die Krankenhauspraktiker, daß die „massenweise zutage geförderten“ Kostennachweise (bis hin zur detaillierten Kostenstellenrechnung) zwar Beschäftigungstherapie und Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für ganze Heerscharen von Datenkontrolleuren darstellen, aber in den Budget- und Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen bisher so gut wie überhaupt nicht herangezogen wurden.

Abteilungspflegesätze, echte Leistungspreise

Dies ist auch nicht verwunderlich. Oftmals gehen die Krankenkassen mit vorgefaßten Meinungen und mit der Devise in die Verhandlungen, das Grundlohnsummenlimit dürfe auch im stationären Bereich bei den Budgetverhandlungen nicht überschritten werden. Die Budgetabschlüsse müßten tunlichst darunter liegen, zumal gerade der stationäre Sektor Hauptverursacher des in den vergangenen Jahren bei den

Krankenkassen aufgetretenen Ausgabedefizits war (Größenordnung von 1,5 bis 3 Milliarden DM jährlich).

Bei aller Kritik am Transparenzfetischismus und an übertriebenen Wirtschaftlichkeitskontrollen sollte man sich jedoch davor hüten, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Die Verwaltungs-EDV, die in den Krankenhäusern bereits zu 90 Prozent eingesetzt wird, ist sehr wohl dazu geeignet, mehr Informationen über das komplexe Kosten- und Leistungsgeschehen des Krankenhauses zu gewinnen. Wird das externe Budget in mehrere kostenstellengerecht gegliederte interne Budgets aufgeteilt und werden budgetbezogene Verantwortungs- und Gestaltungsbereiche festgelegt, so kann eine transparentere Kostengestaltung und Rechnungslegung eine ausgezeichnete Basis zum Kostenmanagement, zur zielgerechten Betriebsführung bilden. Betriebswirtschaftlich-analytisch aufbereitete Kostenrechnungen sind zudem eine tragbare Grundlage für die Budget-Verhandlungen mit den Kostenträgern. Auch externe Betriebsvergleiche können dadurch objektiviert werden.

Allerdings sollten betriebsinterne Kommunikationssysteme und eine für die Kostenrechnung aktivierte EDV nicht dazu eingespannt werden, um mit einseitig ökonomistisch motivierten Interventionen in den Krankenhausbetrieb und in die Autonomie des Trägers und der Verwaltung hineinzuregieren.

Gewiß: Nichtssagende Durchschnittszahlen und pauschalierte Pflegesätze oder retrograd aufgeteilte Jahresbudgets sagen noch wenig über die Leistungsfähigkeit und das Kostengebaren der Krankenhausbetriebe aus. Daraus lassen sich für das Krankenhausmanagement zu wenige und nur grobschlächtige Anhaltswerte und Parameter ableiten.

Die Anstrengungen sollten vielmehr darauf abzielen, differenzierte verursachergerecht ermittelte Ver-

gleichszahlen zu erheben. In diese Richtung zielen Vorschläge, den pauschalen Pflegesatz durch Abteilungs Pflegesätze, vermehrte Sonderentgelte und echte Leistungspreise abzulösen. Regionalen und hausspezifischen Besonderheiten sollten deshalb größere Bedeutung als bisher eingeräumt werden. So auch die Quintessenz einer Fachtagung über „Das Krankenhaus der Zukunft“, veranstaltet von der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Witten/Herdecke zusammen mit dem nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Dortmund-Hohensyburg.

Mehr Kosten- und Leistungstransparenz kann aber auch dazu führen, daß den Kostenträgern und der Politik besser als bisher verdeutlicht werden kann, inwiefern Nachholbedarf, Versorgungslücken und Versorgungsengpässe im Krankenhausbetrieb bestehen. Werden Defizite dadurch abgebaut, können vermehrte Kosten- und Leistungstransparenz und der Einsatz von EDV auch kostensteigernd wirken.

Mißbrauch von Daten unterbinden

Wie alle Daten, die im Krankenhaus erhoben werden, sind auch die Kosten- und Leistungsdaten hochsensibel. Datenbesitz und die Verfügbarkeit über den Datenfundus bedeuten – wie in anderen Lebensbereichen – Herrschaftswissen, Macht und Informationsvorsprung. Deshalb wird es in Zukunft darauf ankommen, Kommunikations-, Informations- und EDV-Systeme auch im Krankenhausbetrieb zielgerecht einzusetzen, sie umfassend zu nutzen, aber den Mißbrauch für externe Zwecke möglichst durch Sicherheitsvorkehrungen zu unterbinden. Kostentransparenz darf nicht zum Fetisch und Selbstzweck werden. Werden Daten zur externen Formulierung von Norm- und Durchschnittskosten eingespannt, so wäre der fatale Trend zu einem von der Ökonomie dominierten Krankenhaus nicht mehr aufzuhalten.

Dr. rer. pol. Harald Clade

Festbeträge:

Für Blüm das Herzstück, für die Ärzte Belastung

Für Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm sind sie erklärtermaßen das Herzstück seiner Gesundheits-Reform: die Festbeträge. Und für uns Ärzte? Zunächst einmal eine zusätzliche Belastung. Wie groß sie sein wird, wissen wir mit Sicherheit erst nach dem 1. September. Denn an diesem Tag treten die ersten Festbeträge für Arzneimittel mit identischen Wirkstoffen in Kraft.

Das Gesetz verlangt von den Ärzten, daß sie bei der Verordnung von Arzneimitteln, deren Preis über dem Festbetrag liegt, den Patienten auf seine Zuzahlungspflicht hinweisen müssen. Was sich einfach liest, bedeutet aber in der Praxis: zeitraubende Erläuterungen und Diskussionen. Erfreulich ist das für den Arzt ganz gewiß nicht, zumal er sich zunächst einen Überblick über alle zuzahlungspflichtigen Arzneimittel verschaffen muß.

Wenngleich aus ärztlicher Sicht bei der Entscheidung über die Verordnung von Arzneimitteln weiterhin medizinische Gründe oberste Priorität haben müssen, ist der Arzt dennoch auf Informationen über Festbeträge angewiesen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will hierbei eine Hilfestellung leisten. Sie finden nachstehend eine Zusammenstellung aller Medikamente, die ab 1. September 1989 einem Festbetrag unterliegen und deren Preise diesen Festbetrag übersteigen. Die Informationen beruhen auf

Angaben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BdB), der in dieser Frage federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen ist, und der Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA).

Bewußt wurde auf eine umfangreiche Darstellung aller von den Festbeträgen erfaßten Präparate verzichtet, um den bürokratischen Wildwuchs als Folge des Gesundheits-Reformgesetzes nicht noch zu vermehren.

Weitere Preisänderungen sind aber bereits in naher Zukunft zu erwarten. Um Ihnen die Arbeit so weit wie möglich zu erleichtern, bemüht sich die KBV über diese Erstinformation hinaus, alle weiteren für Ihre Verordnungstätigkeit notwendigen Informationen ständig zu aktualisieren.

Noch ein Wort zur unverzichtbaren Therapiesicherheit: Sie sollten sich nicht aus Gründen der vermeintlichen Vereinfachung der „Aut simile“-Regelung zuwenden, da Sie hierdurch Gefahr laufen, die Therapiesicherheit und -kontrolle zu verlieren. Zudem ist die Compliance seitens des Patienten gefährdet. Bei Fragen zur Qualität eines Arzneimittels sollte das Fachwissen des Apothekers zugezogen werden.

Dr. Ulrich Oesingmann
Erster Vorsitzender
der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung