

Elena-Klinik erweitert

KASSEL. Nach knapp einjähriger Bauzeit ist der Ersatzanbau der Paracelsus-Elena-Klinik in Kassel-Harleshausen seiner Bestimmung übergeben worden. Damit ist der erste Abschnitt einer fünfstufigen Ausbaustufe des Neurologischen Fachkrankenhauses abgeschlossen worden. In späteren Abschnitten sollen die vorhandenen Gebäudeteile der 1937 gegründeten Klinik grundlegend saniert werden. Geplant ist durchgängig die Installation von Naßzellen in den Patientenzimmern. Darüber hinaus werden die räumlichen Möglichkeiten im Bereich der Krankengymnastik, Massage, Logopädie und Ergotherapie verbessert und erweitert.

Der Klinikträger, seit 1980 die Paracelsus-Klinikengruppe Osnabrück, plant für die beiden folgenden Sanierungsschritte eine Bauzeit von rund zwei Jahren. Die Baumaßnahmen werden im Wege der Bedarffinanzierung aus öffentlichen Mitteln des Landes Hessen in Höhe von 15 Millionen DM gefördert. Die bisher vorgehaltene Zahl von 110 Planbetten soll nicht aufgestockt werden. EB

Festbeträge für Hörgeräte

ESSEN. Nach Hamburg hat jetzt auch Nordrhein-Westfalen als nächstes Bundesland Festbeträge für Hörhilfen festgesetzt. Nach Mitteilungen des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (LdB NW) werden die bisher geltenden Preise um 22 Prozent gesenkt. Das gelte für alle Hinter-dem-Ohr (HdO-) Geräte, Modul-Concha-Im-Ohr-Geräte und Taschengeräte mit serienmäßigem Gehäuse. Die Festbeträge dieser Gruppen liegen – je nach Verstärkerleistung und Ausstattung – zwischen 897 und

1053 DM. Die Preise für Zubehör wie Batterien und Ohrpaßstücke wurden in Nordrhein-Westfalen zum Teil noch stärker gesenkt als in Hamburg, also um mehr als 22 Prozent. EB

Kliniken: Anreize zur Betriebsführung

OSNABRÜCK/DÜSSELDORF. Ein differenziertes Anreizsystem zur Motivation der Führungskräfte im Krankenhaus hat die Gesundheitsökonomin Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig, Fachhochschule Osnabrück, bei einer Expertentagung empfohlen. Seit Inkrafttreten der novellierten Bundespflegegesetzverordnung am 1. Januar 1986 seien finanzielle Mitarbeiterbeteiligungen rechtlich zulässig; sie hätten sich in den wenigen Krankenhäusern, bei denen solche Anreizsysteme erprobt werden, durchaus bewährt. Allerdings sei es notwendig, Anreizsysteme, die in erwerbswirtschaftlich-orientierten Unternehmen gang und gäbe sind, speziell auf die Belange des Krankenhauses zu modifizieren. Es böte sich ein differenziertes Anreiz-Instrumentarium an:

Einkommensbezogene Anreize: beispielsweise Gehaltsverbesserungen, Anbindung der Einkommen an den finanziellen Erfolg des Krankenhauses (Bonus-Malus-Regelung für Führungskräfte);

Sachleistungsbezogene Anreize: etwa zusätzlicher Urlaub, Fort- und Weiterbildung;

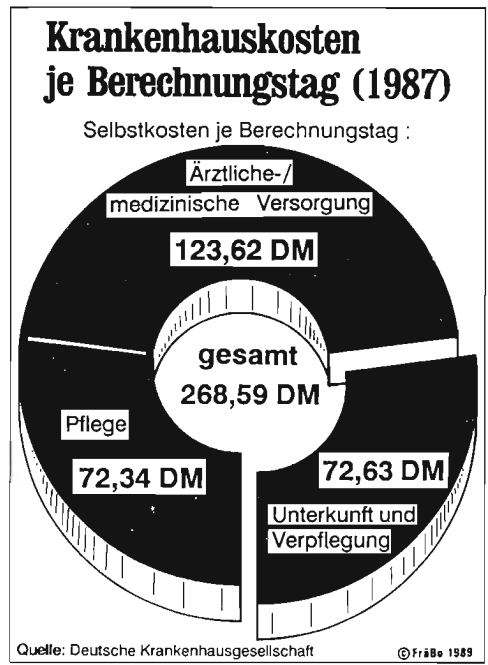
Sozialleistungsbezogene Anreize: zum Beispiel Sachprämien, Freizeitfinanzierung;

Arbeitsplatzbezogene Anreize: zusätzliche technische Einrichtungen, besondere Ausstattung des Arbeitsplatzes;

Arbeitsbedingungen- und arbeitsplatzgestaltungsbezogene Anreize, etwa: Verbesserung der Arbeitsbedingun-

Obwohl bei der Betrachtung des durchschnittlichen täglichen Pflegesatzes kostenintensive Universitätskliniken mit 445 DM/Tag und Krankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie mit 158 DM/Tag über einen Kamm geschoren werden, sind doch interessante Aspekte der Kostenstruktur erkennbar; so werden 46 Prozent der täglichen Kosten für die ärztliche und medizinische Versorgung verwendet, die Pflege der Patienten beansprucht weitere

27 Prozent. Etwas mehr als ein Viertel des Tagessatzes entfällt auf den Posten „Unterkunft und Verpflegung“ – für eine Unterbringung mit Vollpension, Menüwahl, Diät- und Schonkost durchaus plausibel



gen, Einbindung in Entscheidungs- und Beratungsgremien.

Das Deutsche Krankenhausinstitut beabsichtigt, die krankenhausspezifischen Anreizinstrumente gutachtlich zu prüfen und einen Leitfaden zu entwickeln. HC

Thomae (FDP): „Goldgräberfeld“

BAD KREUZNACH. Die Kostenentwicklung im Krankenhaussektor bedroht nach Auffassung des Obmanns der FDP-Bundestagsfraktion im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung, Dieter Thomae, Sinzig, die durch das Gesundheits-Reformgesetz eingeleitete positive Beitragssatzentwicklung. Vor dem 12. Deutschen Hausärztag betonte Thomae: „Es kann überhaupt nicht sein, daß die Kostendämpfungsbeiträge der Ärzte, der pharmazeutischen Industrie, der Apotheker und anderer Beteiligter dazu herhalten müssen, unwirtschaftliche Strukturen im Krankenhausbereich zu finanzieren.“ Es sei keines-

falls vertretbar, daß der Hinweis auf die jüngsten Tarifabschlüsse als Ausrede für alle übrigen Kostensteigerungen im Krankenhaus herhalten könne. Der Ärzteschaft sei es auf Dauer nicht zuzumuten, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgröß-Kontrollen hinzunehmen, wenn auf der anderen Seite ein Ausgabenblock von mehr als 40 Milliarden DM jährlich mehr oder weniger ungeprüft wachsen kann.

Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit müßten sowohl in der ärztlichen Praxis als auch im Krankenhaus gelten. Für beide Bereiche müßten gleiche Maßstäbe angelegt werden. Die Regierung wolle dies in der zweiten Stufe der Strukturreform in der nächsten Legislaturperiode erreichen. Die Krankenkassen müßten die gleiche Aufmerksamkeit, wie sie dem ambulanten Sektor und der Pharmaindustrie zukommen ließen, auch dem stationären Bereich widmen. „Hier wäre sicherlich ein Goldgräberfeld für die Bemühungen der Krankenkassen, Ausgaben zu senken.“ HC