

Sauerzapf, Maria

Article — Digitized Version

Kostendämpfung im Krankenhauswesen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Sauerzapf, Maria (1981) : Kostendämpfung im Krankenhauswesen, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 61, Iss. 7, pp. 340-344

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135579>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Kostendämpfung im Krankenhauswesen

Maria Sauerzapf, Mainz

Die Bundesregierung hat den Entwurf eines „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes“ verabschiedet und dem Bundesrat zugeleitet. Damit wird zum dritten Mai seit 1977 versucht, die Krankenhäuser in die Kostendämpfungspolitik einzubeziehen. Erfüllt der Gesetzentwurf die Erwartungen?

Die spektakulärste Maßnahme zur Dämpfung der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen war bisher die Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) von 1977. Mit ihm soll – auf höchst problematische Weise¹ – in erster Linie erreicht werden, daß der Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel und ambulante ärztliche Leistungen vermindert wird. Die volkswirtschaftlichen *Kosten* des Gesundheitswesens können mit dem gewählten Instrumentarium nicht „gedämpft“ werden.

Auch einschlägige Bestimmungen über den Krankenhausbereich sollten ursprünglich im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 enthalten sein. Auf Antrag des Bundesrates wurden sie jedoch aus dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz herausgenommen. Ein weiterer Gesetzentwurf der Bundesregierung von 1978 scheiterte im Juli letzten Jahres; trotz zweimaliger Anrufung des Vermittlungsausschusses konnten sich Bund und Länder nicht einigen. Inzwischen stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausleistungen nicht nur absolut auf rund 25 Mrd. DM im Jahre 1980, sie erreichten auch mit fast 30 % den bisher höchsten Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Am 24. April dieses Jahres unternahm die Bundesregierung den dritten Versuch einer Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des bisher im Krankenhausbereich maßgeblichen Gesetzes: Sie leitete dem Bundesrat den Entwurf eines „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes“

(Bundesratsdrucksache 175/81) zu. Bevor auf diesen Entwurf eingegangen wird, sollen zunächst kurz die Grundzüge der geltenden Regelungen dargestellt werden.

Duales Finanzierungssystem

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und die mit ihm in engem Zusammenhang stehende Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) von 1973 brachten einschneidende Veränderungen für das Krankenhauswesen mit sich. Grundlegend ist die Idee, die Vorhaltung von Krankenhäusern sei eine öffentliche Aufgabe; demzufolge sollen Krankenhaus-Investitionskosten – unter bestimmten, noch zu erörternden Bedingungen – von der öffentlichen Hand übernommen werden². Die Betriebskosten dagegen sind von den Konsumenten der Krankenhausleistungen aufzubringen; in der Regel geschieht das über ihre Krankenversicherungen.

Diese Konzeption wird als duales System der Krankenhausfinanzierung bezeichnet. Die öffentlichen Fördermittel sollen zusammen mit den Erlösen aus der Verwertung der erstellten Leistungen die Selbstkosten eines Krankenhauses decken; zu ihnen rechnen nach dem Willen des Gesetzgebers aber beispielsweise keine Abschreibungen, also Abgeltungen der Wertminderung an den Sachanlagen.

¹ Vgl. dazu im einzelnen Walter H a m m : Irrwege der Gesundheitspolitik. Ordnungspolitische Kritik an Vorschriften des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes, Tübingen 1980.

² Die Fördermittel werden von Bund und Ländern unter Beteiligung der Gemeinden (Gemeindeverbände) gemeinsam aufgebracht und den Krankenhäusern von den Ländern zur Verfügung gestellt. Der Bund hat die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die Krankenhausfinanzierung. Er beteiligte sich jedoch seit 1973 in keinem Jahr in der vorgesehenen Höhe, nämlich mit einem Drittel, an der Investitionsförderung; sein Förderanteil geht seit 1978 sogar zurück. Ob der Krankenhausbereich künftig aus der Mischfinanzierung herausgenommen werden soll, ist zwischen Bund und Ländern derzeit umstritten.

Dr. Maria Sauerzapf, Dipl.-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftspolitik, der Universität Mainz.

Der Preis für die Krankenhausleistungen ist der Pflegesatz, ein Festpreis, den die zuständige Landesbehörde für jedes Krankenhaus auf der Grundlage seiner (nicht im üblichen Sinn definierten) Selbstkosten festsetzt³. Vereinfacht ausgedrückt werden dazu die berücksichtigungsfähigen Gesamtkosten eines Jahres durch die Zahl der erbrachten Pflegeetage dividiert. Der Pflegesatz ist das vollpauschalierte Entgelt für alle Krankenhausleistungen, das völlig unabhängig von dem Ressourcenverzehr ist, den der einzelne Patient veranlaßt hat, und lediglich zu den von ihm im Krankenhaus verbrachten Tagen, der sogenannten Verweildauer, in Beziehung steht.

Problematische Konzeption

- Die Krankenhäuser brauchen demnach nicht auf eine effiziente Leistungserbringung bedacht zu sein, denn die berücksichtigungsfähigen Kosten sind in der Regel gedeckt.
- Die Bundespflegesatzverordnung enthält überdies die fragwürdige Bestimmung des sogenannten Verlustausgleichs. Das bedeutet, daß Gewinne und Verluste in die Selbstkostenrechnung des nächsten Jahres zu übernehmen sind, wenn und soweit sie aus den Kosten und Erlösen stammen, die nach den Pflegesatzbestimmungen zu berücksichtigen sind. Während derartige Verluste zu Pflegesatz-Nacherhebungen führen, dürfen etwa erzielte einzelwirtschaftliche Erfolge nicht für künftige Verluste oder für Risikorückstellungen verwendet werden, sondern müssen zu verminderten Pflegesätzen führen. Diese Regelung hemmt den Leistungswillen der Krankenhäuser.

Die geschilderte Konzeption ist auch in anderer Hinsicht problematisch.

- Die getrennte Behandlung von Investitions- und Betriebskosten ist fragwürdig, denn sie sind nicht unabhängig voneinander und sogar in Grenzen substituierbar. Durch derartige Förderbestimmungen können volkswirtschaftlich unzweckmäßige Entscheidungen der einzelnen Krankenhäuser angeregt werden. Zum Beispiel kann es für einen Krankenhausträger sinnvoller sein, Einrichtungen arbeits- statt kapitalintensiv unter Ausnutzung des technischen Fortschritts erbringen zu lassen; Personalkosten werden ja in jedem Fall durch den Pflegesatz gedeckt.
- Darüber hinaus wird das gewählte duale Finanzierungsprinzip mehrfach durchbrochen, etwa durch die

folgende Bestimmung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes: Einem öffentlich geförderten Krankenhaus, das zum Beispiel Erweiterungs-, Ersatz- oder Rationalisierungsinvestitionen vornimmt, werden die Kosten eines Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung und ihrer Finanzierung *nicht* ersetzt und normalerweise auch nicht die mit den Investitionen verbundenen Anlauf- und Umstellungskosten. Diese Kosten dürfen aber auch durch den Pflegesatz nicht abgedeckt werden.

- Gegen das praktizierte duale Finanzierungsprinzip muß als gewichtigster Einwand jedoch vorgebracht werden, daß es mit einer indirekten staatlichen Investitionslenkung verbunden ist, einem bürokratischen, schwerfälligen und ineffizienten System.

Bürokratisches System

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz schreibt den Ländern ein dreistufiges Planungsverfahren für den Krankenhausbereich vor. Zunächst haben sie Krankenhausbedarfspläne aufzustellen. Nur soweit und solange ein Krankenhaus in den Bedarfsplan eines Landes aufgenommen ist, kann es überhaupt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden. Auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne haben die Länder mehrjährige Programme zu entwickeln, in denen unter anderem konkrete Bauvorhaben beschrieben und die erforderlichen Fördermittel genannt werden müssen. Die dritte Stufe bilden schließlich die Jahreskrankenhausbauprogramme. Die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm ist neben der Aufnahme in den Bedarfsplan die zweite notwendige Voraussetzung dafür, daß den Anträgen der Krankenhäuser auf Investitionsförderung stattgegeben wird.

Durch ihre Entscheidungen über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan oder seine Streichung daraus bzw. über die Bewilligung oder das Versagen von Fördermitteln können die Länder den Standort eines Krankenhauses, seine Betriebsgröße, Art, Zahl und Größe seiner Abteilungen und deren Bestand bzw. ihre Schließung und darüber hinaus auch die Art und Qualität der in einem Krankenhaus verwendeten Anlagen reglementieren. Das kann auch durch Auflagen und Bedingungen im Zusammenhang mit der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan erreicht werden. Alle diese Entscheidungen können elementare Bedeutung für ein Krankenhaus besitzen. Dennoch vermag dieses selbst nur geringen Einfluß auf sie zu nehmen.

Ein Krankenhaus ist zudem nicht davor gefeit, aus dem Krankenhausbedarfsplan ausscheiden zu müssen. Es kann dann zum Marktaustritt gezwungen wer-

³ Für eine genauere Darstellung des bestehenden Finanzierungssystems vgl. Maria Sauerzapf: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Institutionelle Regelungen aus ökonomischer Sicht, Baden-Baden 1980, S. 101 ff.

den, ohne einzelwirtschaftliche Fehlentscheidungen getroffen zu haben. Beispielsweise können sich die politischen Prioritäten zugunsten einer bestimmten Krankenhausstruktur ändern, so daß die Kapazitäten des betreffenden Krankenhauses ganz oder teilweise für überflüssig gehalten werden. Solch eine Entwicklung ist gegenwärtig sehr wahrscheinlich, denn in der tagespolitischen Diskussion wird immer wieder die Meinung vertreten, es bestehe derzeit ein „Überhang“ von 50 000 bis 70 000 Betten, der abgebaut werden müsse⁴.

Aufgezwungene Finanzierungsbeteiligung

Auf der anderen Seite kann sich ein grundsätzlich zum Adressatenkreis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zählendes Krankenhaus der Förderung nach diesem Gesetz und ihren Implikationen kaum entziehen. Dafür sorgt eine sich sehr restriktiv auswirkende Vorschrift: Wenn Krankenhäuser nur deswegen nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, so dürfen sie von keinem Krankenhausbenutzer höhere Pflegesätze fordern als vergleichbare geförderte Krankenhäuser. Ein erheblicher Teil der solchen Krankenhäusern entstehenden Kosten würde daher dauerhaft aus den Erlösen nicht gedeckt werden können.

Da die Krankenhäuser ihre Investitionen nicht aus den Pflegesätzen finanzieren können, ist deren öffentliche Förderung für ihren einzelwirtschaftlichen Handlungsspielraum von besonderer Bedeutung. Über die Abwicklung der Förderung schreibt Franz Spiegelhalter, Finanzdirektor des Deutschen Caritasverbandes: „Auf den Schreibtischen der Förderbehörden türmen sich . . . hunderte von Millionen DM umfassende Förderungsanträge, die zwar förderungswürdig und für die Existenzsicherung der Krankenhausversorgung durchaus – auch offiziell – anerkannt werden, deren Bewilligung und Finanzierung aber mangels verfügbarer Haushaltsmittel auf Jahre hinaus nicht möglich wird.“⁵

Die Konsequenzen, die aus der aufgezwungenen, aber verzögerten staatlichen Finanzierungsbeteiligung erwachsen, muß in jedem Fall das einzelne Krankenhaus tragen.

Potentielle staatliche Fehlentscheidungen etwa bei der Bedarfsplanung können sogar existenzbedrohende Folgen für die einzelnen Krankenhäuser mit sich brin-

gen, ohne daß der Eintritt solcher Risiken in ihrem Einflußbereich liegt. Hinzu kommt noch folgender prinzipieller Einwand gegen die staatliche Bedarfsplanung: Die bei dezentralisierter Entscheidung gegebene Chance, daß sich Fehler bei Einzelentscheidungen ausgleichen, fehlt bei der zentralisierten Planung.

Wirkungsvollere Bedarfsplanung

Die Bundesregierung hätte die Möglichkeit gehabt, aus dem (notwendigerweise!) unbefriedigend funktionierenden und kostspieligen Verfahren der staatlichen Bedarfsplanung im Krankenhauswesen die nötigen Konsequenzen zu ziehen und politische Entscheidungsprozesse zugunsten marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen zurückzudrängen. Diesen Weg will sie nicht gehen, wie der Entwurf des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes zeigt. Nach Aussage der Bundesregierung handelt es sich um „punktueller Änderungen des geltenden KHG sowie der die Krankenhauspflege betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung“.

Der erste Kernpunkt besteht „in einer *wirkungsvolleren Bedarfsplanung*“. Sie wird in der Gesetzesbegründung als „das wichtigste Instrument zur Steuerung der Kostenentwicklung“ im Krankenhausbereich bezeichnet. § 6 des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes legt „bestimmte Mindestanforderungen“ in bezug auf „Aufgaben und Inhalt der Bedarfspläne“ fest, „die zu einer wirkungsvolleren Bedarfsplanung der Krankenhausentwicklung notwendig sind“: Die Krankenhäuser, die als notwendig erachtet werden für eine „bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung“, sind in den Krankenhausbedarfsplänen „insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen“. Auch können besondere Aufgaben einzelnen Krankenhäusern durch die Bedarfspläne zugeordnet werden. Der grundsätzlich politische Charakter von Investitions- und Produktionsentscheidungen im Krankenhausbereich soll demnach noch verstärkt werden.

Der Novellierungsentwurf des vergangenen Jahres sah – noch weiter gehend – sogar die Vorgabe von detaillierten Planungsinhalten vor. Die Bestimmungen wurden abgemildert, weil sich die Länder gegen einen derartigen, ihrer Meinung nach unzulässigen Eingriff in ihren Verantwortungsbereich zur Wehr gesetzt hatten.

Die Problematik der auf diese Weise geschaffenen verbindlichen (!) Planungsvorgaben mit ihren weitreichenden Konsequenzen für die betroffenen Krankenhäuser wird wohl kaum dadurch entschärft, daß die Verbände der Krankenversicherungen und der Kranken-

⁴ Vgl. etwa o. V.: Union: Kosten durch Bettenabbau dämpfen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 25. Juni 1981.

⁵ Franz Spiegelhalter: Der Grundsatz der Selbstkostendeckung und die verfassungsrechtliche Tragweite seiner Einschränkungen im KHG, in: Krankenhaus, 4/1980, S. 121.

hausträger in das Verfahren der Bedarfsplanung einbezogen werden sollen: Die Krankenhausbedarfspläne sind nämlich „in enger Zusammenarbeit“ mit ihnen aufzustellen, was jedoch nach der Gesetzesbegründung die „Letztentscheidung“ der Länder „nicht berührt“. Vermutlich dürfte mit der „Einbindung“ von Interessengruppen etwas anderes als eine verbesserte Qualität der Entscheidungen im Krankenhausbereich intendiert sein: Da die staatlichen Eingriffe in das Krankenhauswesen unbefriedigende Ergebnisse bringen mußten und sich weitere Interventionen als unumgänglich erweisen, ist es politisch von Vorteil, die nötigen Entscheidungen von möglichst vielen Beteiligten nach außen „mittragen“ zu lassen und auf diese Weise die Verantwortung für sie auf viele zu verteilen.

Preise der Krankenhausleistungen

Der zweite Schwerpunkt des Entwurfs ist, daß die *Preise der Krankenhausleistungen* künftig zwischen den beteiligten Gruppen ausgehandelt werden sollen. § 18 des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes sieht vor, daß grundsätzlich an die Stelle der Festsetzung durch die zuständige Landesbehörde die Vereinbarung zwischen Krankenhaus- und Sozialleistungsträgern tritt.

Ausdrücklich ist in der Gesetzesbegründung von der Aushandlung „eines angemessenen Pflegesatzes“ die Rede. Andererseits ist dort auch zu lesen: „Auch am Selbstkostendeckungsgrundsatz hält der Entwurf uneingeschränkt fest.“ Dies ist ein Widerspruch. Er wird erklärlich, wenn man einige Neuregelungen der Reichsversicherungsordnung mitberücksichtigt, die in dem Entwurf ebenfalls enthalten sind.

So sollen die Krankenhäuser und die Krankenkassen auf Landesebene verpflichtet werden, „zur Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei Erbringung der Krankenhauspflege Verträge abzuschließen“. Diese Verträge haben die Schaffung eines oder mehrerer paritätisch besetzter Prüfungsausschüsse vorzusehen, die im Einzelfall Wirtschaftlichkeitsüberwachungen bei Krankenhäusern durchführen. Ferner geben sie nach den Einzelprüfungen Empfehlungen ab, die von den Betroffenen zu beachten sind. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen müssen außerdem eine Schiedsstelle errichten, die bei einer Nichteinigung über die Verträge zur Wirtschaftlichkeitsüberwachung eingreift. „Kommt auch eine Schiedsvereinbarung nicht zustande, so errichtet die jeweilige Landesregierung die Schiedsstelle durch Rechtsverordnung.“

Die Versicherungsträger werden bei dieser Regelung tendenziell versuchen, die vom Krankenhaus präsen-

tierten Kosten als nicht berücksichtigungsfähig einzustufen, etwa weil das Krankenhaus nicht „sparsam gewirtschaftet“ habe.

Die Verhandlungsergebnisse werden wesentlich durch die Machtverhältnisse bestimmt werden. Das Machtpotential der Sozialleistungsträger dürfte erheblich größer sein als das der Krankenhausträger, die wegen ihrer Heterogenität und der unterschiedlichen Art und Bedeutung der einzelnen Krankenhäuser weniger schlagkräftig organisiert sein dürften. Es muß befürchtet werden, daß auch hieraus unerwünschte volkswirtschaftliche Kosten erwachsen. Die Krankenhausträger werden sich zu einer größeren Vereinheitlichung ihres Angebots genötigt sehen, um ihrerseits einen möglichst starken Block bilden zu können. Zentralisationstendenzen bei wahrscheinlich beiden Gruppen werden die Folge sein. Die tendenziell instabilen Ergebnisse der geplanten Marktorganisation könnten auch den Ruf nach mehr staatlicher Beteiligung provozieren, beispielsweise weil die Ertragslage der Krankenhäuser aufgrund niedrig ausgehandelter Preise dauerhaft unzureichend ist. Ein Irrtum wäre es anzunehmen, die Krankenversicherungsvertreter repräsentierten notwendigerweise die Interessen der Verbraucher. Gerade die Krankenkassenführungen haben unzureichende Leistungsanreize und -kontrollen. Finanzielle Spielräume wurden bisher in der Regel nicht für Beitragssenkungen, sondern für Leistungsausweitungen benutzt. Die Präferenzen der Versicherten spielten eine untergeordnete Rolle.

Wie die vorgesehenen Verhandlungen unter Gegenmächten funktionieren werden, läßt sich annäherungsweise beim Vergleich mit schon zu beobachtenden Verbandsverhandlungen, etwa der Tarifvertragsparteien, erkennen. Auf diese Weise werden die Anstrengungen der Beteiligten nicht auf die volkswirtschaftlich erwünschten Ziele gelenkt. Die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich kann so nicht gesteuert werden.

Einbeziehung in die konzertierte Aktion

Dieses Urteil muß auch über den dritten Kernpunkt des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes gefällt werden: Genausowenig wie von der verstärkten Bedarfsplanung und dem Aushandeln der Pflegesätze werden von der Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die *konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* die gewünschten Wirkungen ausgehen.

Egalität auf hohem Niveau beim Konsum von Krankenhausleistungen – so kann das Hauptziel der jüngeren deutschen Krankenhauspolitik gekennzeichnet werden. Der Leistungskonsum (nicht nur im Kranken-

hausbereich) wurde für den Konsumenten von der nötigen Gegenleistung abgekoppelt. Notwendigerweise müssen aber andere Prinzipien Platz greifen, wenn das Ausschlußprinzip „Preis“ nicht zum Zuge kommen soll. Die Drosselung des individuellen Verbrauchs, die aus Kostengründen letztlich unvermeidlich ist, soll ohne Berücksichtigung der individuellen Präferenzen schematisch durch die sogenannte einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen erfolgen. Damit ist beabsichtigt, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nur um soviel steigen zu lassen, wie sich ihre Beitragseinnahmen bei konstantem Beitragssatz aufgrund einer Steigerung der beitragspflichtigen Arbeitsentgelte ihrer Mitglieder automatisch ändern.

Verfehltter Ansatz

Dieser Ansatz ist in mehrfacher Hinsicht verfehlt. Beispielsweise mißachtet die willkürliche Koppelung von einander unabhängiger Globalgrößen die Tatsache, daß die Einkommenselastizität von Ausgaben für Gesundheitsgütern größer als Eins zu sein pflegt. Daß Individuen bereit sein können, einen steigenden Prozentsatz ihres Einkommens für Gesundheitsleistungen auszugeben, wird ignoriert; die intendierte „bedarfsgerechte Versorgung“ wird damit unmöglich. Darüber hinaus dürfte in einem so großen Gremium wie der konzertierten Aktion, dem Vertreter des Staates und zahlreicher Interessenverbände angehören, ein organisierter Verteilungskampf stattfinden, der zur Bildung von Koalitionen, zur Abstimmung des Verhaltens im voraus und zur Einigung auf Kosten anderer einlädt. Wie sollen im übrigen durch die Festlegung von Ausgabenzuwächsen „Kosten“ gedämpft werden? Dazu müßte bei der Kostenentstehung angesetzt werden. Welchen Sinn haben die Vorgaben der konzertierten Aktion, wenn – bei zumindest auf kürzere Sicht gegebenem Personalbestand – drei Viertel der Betriebskosten eines Krankenhauses Personalkosten sind? Sollen sich die Vor-

gaben etwa an den Tarifabschlüssen im öffentlichen Dienst orientieren?

Wenn die Einbeziehung des Krankenhausbereichs in die konzertierte Aktion etwas bewirken soll, dann kann dies – entgegen der einschlägigen Begründung im Gesetzentwurf – letztlich nur geschehen, indem bei Überschreitung der vorgesehenen Globalsumme durch die Krankenhäuser insgesamt das einzelne Krankenhaus mit einer Kürzung seiner Kostenerstattung rechnen muß. Die Höhe der Kostenerstattung ist damit im voraus nicht kalkulierbar. Sinnvolle einzelwirtschaftliche Planungen läßt auch diese Regelung nicht zu – abgesehen davon, daß sie eine weitere Durchbrechung des zwar unzumutbaren, aber nun einmal gewählten Systems der Selbstkostendeckung darstellt.

Man geht also auf dem bereits Anfang der siebziger Jahre eingeschlagenen Weg weiter und versucht es mit der Perfektionierung eines untauglichen Systems⁶. So läßt sich die unbefriedigende Situation des Krankenhauswesens wohl kaum verbessern.

Statt dessen sollte sich der Staat auf die Schaffung und Erhaltung eines funktionsfähigen Ordnungsrahmens für das Krankenhauswesen konzentrieren. Allen an den Entscheidungen im Krankenhausbereich Beteiligten müßten Anreize dazu gegeben werden, daß sie bei der Ausrichtung ihres Verhaltens an den eigenen Interessen in gesamtwirtschaftlich wünschenswerter Weise handeln. Dazu sollten z. B. die Krankenhäuser größere Autonomie erhalten und der Entscheidungsspielraum der Patienten unter Stärkung ihrer Selbstverantwortung erweitert werden. Dies bedingt eine Änderung des Finanzierungssystems der Krankenhausleistungen⁷.

⁶ Für alternative Lösungsvorschläge vgl. Maria Sauerzapf, a. a. O., S. 135 ff.

⁷ Für eine ausführlichere Erörterung der Einzelheiten einer derartigen Lösung vgl. ebenda.

WELTKONJUNKTUR DIENST

Jahresbezugspreis
DM 80,-
ISSN 0342-6335

Der Vierteljahresbericht, der von der Konjunkturabteilung des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

VERLAG WELTARCHIV GMBH - HAMBURG