

Krankenhausorganisation

Frau Dipl. Ök. Kraus, Chemnitz

Lernziel: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen einen Einblick in die Organisation des Krankenhausbetriebes gewinnen und die dafür relevanten finanziellen und personellen Bedingungen kennenlernen.

1. Krankenhausstruktur

Krankenhäuser stellen im deutschen Gesundheitswesen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Daher sollen in diesem Kapitel wirtschaftliche wie rechtliche Fragen im Vordergrund stehen.

1.1 Betriebswirtschaftliche Grundlagen

Unter *Wirtschaft* versteht man den Bereich der menschlichen Tätigkeit, welcher der Bedürfnisbefriedigung dient. Festzustellen ist, daß die Bedürfnisse der Menschen immer größer werden. Dem setzt die Wirtschaft das *ökonomische Prinzip* entgegen. Dieses ist wiederum ein Wechselspiel zwischen

Maximalprinzip:

mit dem vorhandenen Aufwand
den größtmöglichen Ertrag
zu produzieren

↔

Minimalprinzip:

den gegebenen Ertrag
mit dem geringsten Aufwand
zu produzieren

Grundprinzipien der *Betriebswirtschaft* sind:

1. Herstellung und Erhalt des finanziellen Gleichgewichts:

Das bedeutet:

- die zeitliche Abfolge der Dienstleistungen ist gegeben
- das System der Ein- und Auszahlungen steht im engen Vollzug mit den erbrachten Leistungen

2. Gewährleistung der betrieblichen Autonomie:

Betriebe bestimmen ihre Wirtschaftspläne selbst

3. Gleichgewicht am Markt

Die *Marktwirtschaft* gewährt den einzelnen Betrieben eine relative Freizügigkeit. In der BRD wird ein sozialtypisches System der Marktwirtschaft, die *soziale Marktwirtschaft*, praktiziert, dessen Bestand zur Zeit in Frage gestellt ist. Das Gesundheitswesen und der Gesundheitsbereich insgesamt lassen sich sehr schwer in das System der sozialen Marktwirtschaft integrieren. Man spricht hier eher von der *Bedarfwirtschaft*. Der Unterschied ergibt sich daraus, daß Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag haben, der Patient verlangt, daß das maximal mögliche für seine Gesundheit getan wird. Das zweite Grundprinzip

der Betriebswirtschaft, das Autonomieprinzip, trifft für Krankenhäuser nur eingeschränkt zu, da aufgrund des hohen öffentlichen Interesses die Krankenhäuser stark reglementiert werden. Krankenhäuser stellen somit einen Fremdkörper im System der Marktwirtschaft dar.

1.2 Struktur des Gesundheitswesens in der BRD

Während in der DDR eine enge Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung bestand, sind diese Bereiche in der BRD streng voneinander getrennt. Das *System der integrierten Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung* ist in Abbildung 1 dargestellt. Mit diesem System hat der Gesetzgeber Regelungen eingeführt, die auf dem Prinzip der *Überweisung* (durchgezogene Linien) beruhen, während Kooperation (gestrichelte Linien) nur in wenigen Fällen vorgesehen ist.

1.2.1 Mängel des Gesundheitswesens

Die strenge Arbeitsteilung führt zu den bekannten Mängeln und Schwächen wie auch zur Finanzknappheit. Die Krankenhäuser werden auf den Bereich der stationären Behandlung eingeengt, was dazu führt, daß die apparative Ausstattung, die eine Doppelung bei den niedergelassenen Ärzten und Fachärzten findet, nicht ausgelastet ist. Aber auch prä- und poststationäre Behandlungen werden von niedergelassenen Ärzten durchgeführt, selbst wenn die Kompetenz dazu fehlt.

Auch an vielen anderen Stellen hat das eingeführte System Modifikationen erfahren. So hat die Aufspaltung von ambulanter und stationärer Behandlung zu einer damit gekoppelten Trennung von Diagnostik und Therapie geführt. Dies führte, abgesehen von der Belastung des Patienten, zu einer doppelten personellen und finanziellen Belastung, da Doppel- und Wiederholungsbehandlungen aufgrund mangelhafter Absprache der Ärzte notwendig werden. Weiter ist zu beobachten, daß die Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung, die sogenannte Präventivmedizin, die von Natur aus eine defizitäre Einrichtung darstellt, inzwischen vom Gesundheitswesen in die Hände der niedergelassenen Ärzte übergegangen ist. Schließlich ist die Tendenz einer Verlagerung der Rehabilitation von der Krankenhäusern mit hohen Pflegesätzen (um 600 DM) auf spezielle Reha-Kliniken zu erkennen, die aufgrund der fehlenden Grundversorgung Tagessätze von 250 DM anbieten, während sie sich auf die Bestandteile

- berufliche Rehabilitation (Kassen, Behörden)
- soziale Rehabilitation (Alkoholiker, Drogenabhängige)

beschränken können. Es wird beispielsweise angestrebt, die Akut-Gereatrie (Schlaganfall, Herzinfarkt, geistige Verwirrung) als Reha-Abteilung einzurichten, obwohl sie bereits im Angebot der Krankenhäuser vorhanden ist.

1.2.2 Versagende Regelmechanismen

Die *Kassenärztliche Vereinigung* (KV) hat die Aufgabe, die Niederlassungen auf dem Markt zu regulieren, also zu bremsen oder zu unterstützen. So sind in Sachsen 47% aller Ärzte in Krankenhäusern tätig, auf 100.000 Einwohner

kommt ein Krankenhaus. Sie regelt ferner die Gebührenordnung durch Zuweisung von Punkten an die verschiedenen Angebote. Dies scheint der Knackpunkt des ganzen Systems zu sein. Denn der Arzt bekommt für jedes angeschaffte technische Gerät als investiven Anteil Punkte zugewiesen, welche die Anschaffung lukrativ machen. Beispiele:

- Ein Herzkathederplatz bringt 1.600 DM (oft nicht nötig)
- Die Stands (kleine Drahtkörbchen zur Gefäßerweiterung (PDCA)) bringen dem Arzt pro Stück 2.000 DM zusätzlicher Einnahmen ein.

Die Krankenkassen wehren sich gegen Untersuchungen, die ins Kraut schießen, indem sie den *medizinischen Dienst* einsetzen. Das sind Ärzte, die anhand der Patientenakte prüfen, ob eine vorgesehene Untersuchung nötig ist oder nicht.

1.2.3 Möglichkeiten zur Verbesserung

Hier sollen einige Vorschläge aufgeführt werden, die dargestellten Mißstände wenn nicht zu beheben, so doch abzuschwächen.

- Die Hauspflege sollte enger an das Krankenhaus angebunden werden, um im Fall einer akuten Erkrankung den Übergang zu erleichtern.
- Niedergelassene Ärzte und Fachärzte könnten, wie bereits in Polykliniken gebräuchlich, ambulant und stationär im Krankenhaus tätig sein. Problematisch ist hier, daß das Krankenhaus ihnen dann auch die Finanzmittel zuweist. Ist der Etat erschöpft, so ist auch der am Krankenhaus tätige niedergelassene Arzt oder Facharzt betroffen.
- Neue Formen der stationären Behandlung sind denkbar. So könnte das Beispiel des *Belegarztes* Schule machen, der im Krankenhaus Betten zur Verfügung hat und diese über die kassenärztliche Vereinigung abrechnet. Probleme liegen in Haftungsfragen des Arztes und seiner Behandlungsbereitschaft für nicht eigene Patienten. Nicht akut kranke Patienten sollten lediglich ein stationäres Gutachten, ansonsten aber eine ambulante Behandlung erfahren.
- Durch Verquickung von ambulantem und stationärem Bereich lassen sich Apparate besser ausnutzen und Kosten sparen. Im Vergleich mit Kosten von 5.000 DM pro Patient und Jahr in deutschen Krankenhäusern ist in den USA mit 3.500 DM eine deutliche Kostenreduzierung zu beobachten.
- Eine umfassende Einführung der EDV, wie sie erneut in den USA beispielsweise bei der Bildfernübertragung von Röntgenbildern praktiziert wird, vermeidet unnötige Fahrten. Mancher Hubschrauberflug (5.000 DM pro Einsatz) eines nachträglich als inoperabel eingestuften Patienten wird dann überflüssig, da sich die Fachärzte vorab ein Bild machen können. Hier existieren große Widerstände aus den Reihen der Krankenhäuser selbst.

Grundsätzlich ist in allen Fällen, in denen der Patient nur noch mit Hilfe der angeschlossenen Apparatur am Leben erhalten wird, nach einem Gespräch mit den Verwandten oder einer Vorentscheidung des Patienten die Frage nach dem Sinn der lebenserhaltenden Maßnahmen zu stellen (Problem einer fehlenden Ethik-Kommission).

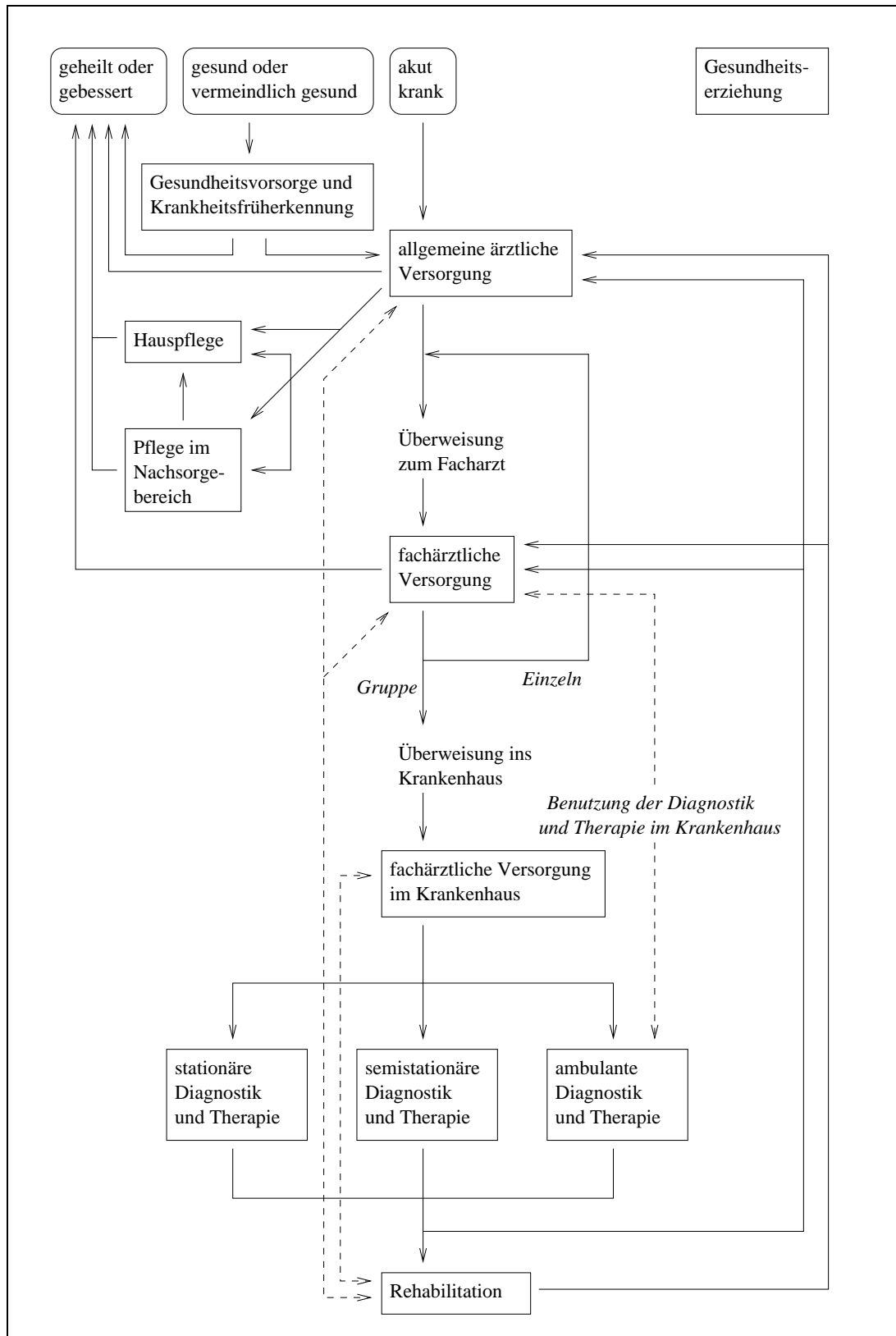


Abb. 1 System der integrierten Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung (durchgezogene Linien zeigen Überweisungsvorgänge, gestrichelte Linien zeigen ärztliche Absprachen und Kontaktbereiche)

1.3 Rechtliche Grundlagen des Krankenhausbetriebes

Alle betrieblichen Gesetze gelten auch für das Krankenhaus. Darüber hinaus gibt es zwei zusätzliche Gesetzesregelungen, nämlich

- das *Gesundheitsgesetz* und
- das *Krankenhausfinanzierungsgesetz*.

Letzteres gilt für alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind und ansonsten nur dem GmbH-Gesetz unterliegen. Ausnahmen sind Bundeswehrkrankenhäuser und Suchtkliniken. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz umfaßt folgende Regelungen:

- die *Bundespflegesatzverordnung*, die festlegt, wann was und wieviel an Betriebsmitteln abgerechnet werden darf,
- die *Abgrenzungsverordnung*, welche regelt, aus welchem Topf die Anschaffungsmittel und Betriebsmittel genommen werden können und
- die *Krankenhausbuchführungsverordnung*, welche die Form des Wirtschafts- und Erfolgsplans regelt und einen Jahresabschluß fordert, der dem Wirtschaftsprüfer vorgelegt wird.

Das Krankenhaus ist Kaufmann im Sinne des Gesetzes (doppelte Buchführung), sein Vorgesetzter ist das Umweltministerium (Bund) bzw. das Forschungsministerium (Land). Erst aufgrund eines Krankenhausplanes können Fördermittel beantragt werden.

1.3.1 Organisations- und Rechtsformen

Zu unterscheiden ist zwischen

- öffentlichen Krankenhäusern
- Privatkrankehäusern und
- frei gemeinnützigen Krankenhäusern.

Öffentliche Krankenhäuser können folgenden Rechtsformen unterliegen:

- *Regiebetrieb*: Das Krankenhaus ist vollständig unselbständig, vom Träger (Land) gelenkt und in die Verwaltung der Stadt eingebunden.
- *Eigenbetrieb*: Der Träger setzt einen Betriebsdirektor ein. Die Finanzierungsspielräume sind begrenzt. Die beiden ersten Rechtsformen unterliegen dem Personalratsvertretungsgesetz.
- *GmbH*: Das Krankenhaus ist ein selbständiges Organ, das selbst wirtschaften kann. Der Träger setzt lediglich einen Geschäftsführer ein. Der paritätisch zusammengesetzte Aufsichtsrat entscheidet über Fragen des Krankenhausbetriebes, wobei der Vorsitzende die doppelte Stimmenzahl besitzt. In Chemnitz sind dies sechs Vertreter des Klinikums und sechs Vertreter des Trägers entsprechend der politischen Zusammensetzung der Bürgerschaft.

Probleme bereitet die Rechtsform einer GmbH, wenn die Mitarbeiter wie in Chemnitz Angestellte des öffentlichen Dienstes sind. Die prinzipielle Möglichkeit, eine freie Personalauswahl zu treffen, ist damit eingeschränkt. Der Stadt, Haupt- und zugleich alleinige Gesellschafterin, gehören Gelände und Gebäude.

1.3.2 Betriebsformen kommunaler Krankenhäuser

An dieser Stelle soll noch einmal eine genaue Gegenüberstellung der verschiedenen Kriterien der Betriebsformen Regiebetrieb (R), Eigenbetrieb (E) und GmbH (G) vorgenommen werden.

Rechtsfähigkeit:

- (R) rechtlich unselbständiger Bestandteil der Trägerverwaltung
- (E) rechtlich unselbständiger Bestandteil der Trägerverwaltung mit prinzipieller organisatorischer und wirtschaftlicher Selbständigkeit
- (G) rechtsfähig

Haftung:

- (RE) es haftet die Trägerverwaltung
- (G) Haftung beschränkt auf das Gesellschaftsvermögen, Nachschußpflicht je nach Gesellschaftsvertrag möglich

Organe:

- (R) keine eigenen Organe
- (E) Funktionsträger, die teilweise Organstellung haben nach Eigenbetriebs- und Kommunalrecht:
 - Gemeinderat - Krankenhausausschuß
 - Hauptverwaltungsbeamter - Betriebsleitung
- (G) Fremdorganschaft:
 - Geschäftsführer - Gesellschafterversammlung
 - fakultativ: Aufsichtsrat

Mitgliedschaft:

- (RE) -
- (G) - Gesellschafterstimmrecht
 - Stellung orientiert sich am eingelegten Kapital
 - Gesellschaftsanteil grundsätzlich verkehrsfähig
 - juristische und natürliche Personen

Gesellschaftszweck:

- (RE) Erfüllung von Aufgaben i.R. gesetzlich festgelegter oder freiwillig übernommener Aufgaben des Verwaltungsträgers
- (G) jeder gesetzliche Zweck

Mindestkapitalausstattung:

- (RE) -
- (G) Mindestkapital: DM 50.000,-

Mitbestimmung, allgemein:

- (R) nach Landespersonalvertretungsgesetzen (Erschwernisse durch Stufenbeteiligung verschiedener Personalräte einschließlich des Gesamtpersonalrats (GPR) möglich)
- (E) nach einigen Landespersonalvertretungsgesetzen vereinfachtes Verfahren, Verantwortung beim örtlichen Personalrat
- (G) grundsätzlich nach Betriebsverfassungsgesetz 1972 ein Betriebsrat. Ab 500 Beschäftigte erfolgt Mitbestimmung im Aufsichtsrat (§77 BetrVerfG von 1952). Ab 2000 Beschäftigten ist Mitbestimmung nach §1 MitbG grundsätzlich paritätisch zu regeln. Aber: Krankenhaus ist ein Tendenzbetrieb, kann paritätische Mitbestimmung ausschließen (§118 BetrVerfG). In diesem Fall Aufsichtsratspflicht nach Landesgesetzen möglich (jedoch keine Parität, kein Werksausschuß, eingeschränkte Mitbestimmung).

Beachte: die Mitbestimmung gibt deshalb letztlich nicht den Ausschlag zwischen Eigenbetrieb und GmbH.

Mitbestimmung, Streitiges Verfahren:

- (RE) Arbeits- und Verwaltungsgerichte nach abgestuften innerkommunalen Einigungsverfahren
- (G) gesetzlich festgelegtes kompaktes Verfahren: unmittelbare Letztentscheidung durch die Arbeitsgerichte

Leistungsstruktur, allgemein:

- (R) vielstufig, keine klaren Verantwortlichkeiten
- (E) - organisatorische und wirtschaftliche Selbständigkeit der Betriebsleitung möglich, aber jederzeit durch Beschluß abänderbar
- Krankenhausdirektion ist gleichzeitig Betriebsleitung
- (G) - Betriebsleitung organisatorisch und wirtschaftlich selbständig; umfassende Rechte aus der Geschäftsführung folgen unmittelbar aus dem Gesetz, die Geschäftsführung ist nach innen und außen verantwortlich (aber: sie ist nicht durch Tarifvertrag geschützt – kürzeste Entscheidungswege)
- Betriebsleitung untersteht Geschäftsführung, Personalunion möglich (sonst: Abgrenzung der Kompetenzen notwendig)

Leistungsstruktur, Einflußnahme des Trägers:

- (R) nach Belieben
- (E) - Allzuständigkeit der kommunalen Gremien bleibt erhalten
- Gemeinderat legt Umfang der Rechte der Betriebsleitung individuell und jederzeit abänderbar fest
- (G) - nach GmbH-Gesetz keine Eingriffe ins Tagesgeschäft möglich
- Beschränkung der Geschäftsführungsbefugnisse durch Gesellschaftsvertrag denkbar
- Ablösung der Geschäftsführung jederzeit möglich

Leistungsstruktur, politische Kontrolle:

- (R) Gemeinderat, der deligieren kann
- (E) - parlamentarische Kontrolle durch Gemeinderat und „Werksausschuß“
- keine Haftung der beratenden Organe
- (G) - umfassend über Gesellschafterversammlung
- über den Aufsichtsrat, der nicht weisungsgebunden, jedoch jederzeit abrufbar ist
- durch Beherrschungsvertrag
- Haftung aller Organe gegenüber der GmbH

Bindung an Vergaberichtlinien:

- (RE) an VOB,
an VOL nach Erreichen der Schwellenwerte des §1a VOL-A
- (G) nach EG-Recht bald auch an VOB, nicht an VOL

Tarifbindung:

- (RE) ja
- (G) Befreiung möglich: Haustarife, Gewinn- und Verlustbeteiligung u.a.
(aber KAV und ZVK beachten!)

Kapitalstruktur:

- (RE) Finanzierung und Verlustabdeckung durch Gemeinde
- (G) Fremdfinanzierung möglich, Verlustabdeckung je nach Gesellschaftsvertrag
(auch Nachschußpflicht denkbar)

Motivation:

- (R) gering, alle Entscheidungskompetenz beim Träger, Mitarbeiter allenfalls beratend einbezogen
- (E) verbessert, Übertragung von Kompetenzen auf die Leitung des Eigenbetriebs möglich, Mitarbeiter können beratend einbezogen werden
- (G) stark durch unmittelbare ERntscheidungs-beteiligung der Mitarbeiter, die gesetzlich abgesichert ist, Mitarbeiter im fakultativen Aufsichtsrat vertreten

Identifikation:

- (R) für Mitarbeiter geschmälert durch Einflußnahme von außen
- (E) kann nach Ausgestaltung der Betriebsverträge verbessert werden
- (G) gestärkt durch rechtliche Einheit; für Mitarbeiter über Mitwirkungsrechte, für Leitung und Aufsichtsrat verstärkt durch Haftungspflicht

Voraussetzungen der Rechtsform:

- (RE) Gemeinderatsbeschluß
- (G) - Gemeinderatsbeschluß
- Personalüberleitungsverträge und -überlassungsverträge nach §613 a (?) BGB
- Personalgestellungsverträge für Beamte
- notarielle Neurkundung und Eintragung ins Handelsregister
(Gründungskosten, Grunderwerbssteuer)

1.3.3 Privatkrankenhäuser

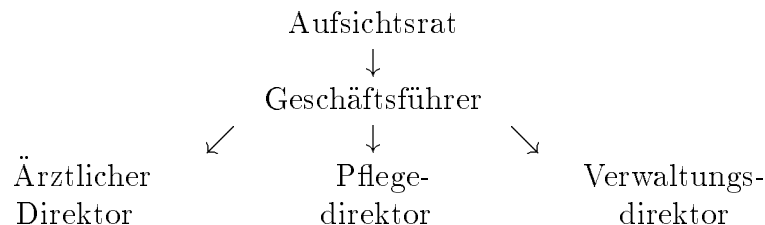
Beispiel für ein Privatkrankenhaus ist das Klimkum Meiningen GmbH, auch als „Rhön-Klinikum“ bekannt. Hier wurde ein Krankenhaus auf die „grüne Wiese“ gebaut, bei dem alle funktionellen Gesichtspunkte berücksichtigt wurden. Die Stationen werden interdisziplinär benutzt (eine Stunde OP-Saal kostet auch ohne Nutzung 3000 DM!). Es gibt eine intermediäre Wachstation als Vorstufe zur Intensivstation, die unter der Aufsicht eines Anästhesisten, eines Internisten und eines Chirurgen steht. Die Angestellten sind Privatangestellte und können unter Tarif bezahlt werden. Daher kommen auf ein Bett durchschnittlich 1.1 Ärzte (Chemnitz: 1:1.5, Uniklinik: 1:2). Die Dienste werden geteilt, die Früh- und Spätschicht wird von Hilfskräften versorgt.

1.3.4 Gemeinnützige Krankenhäuser

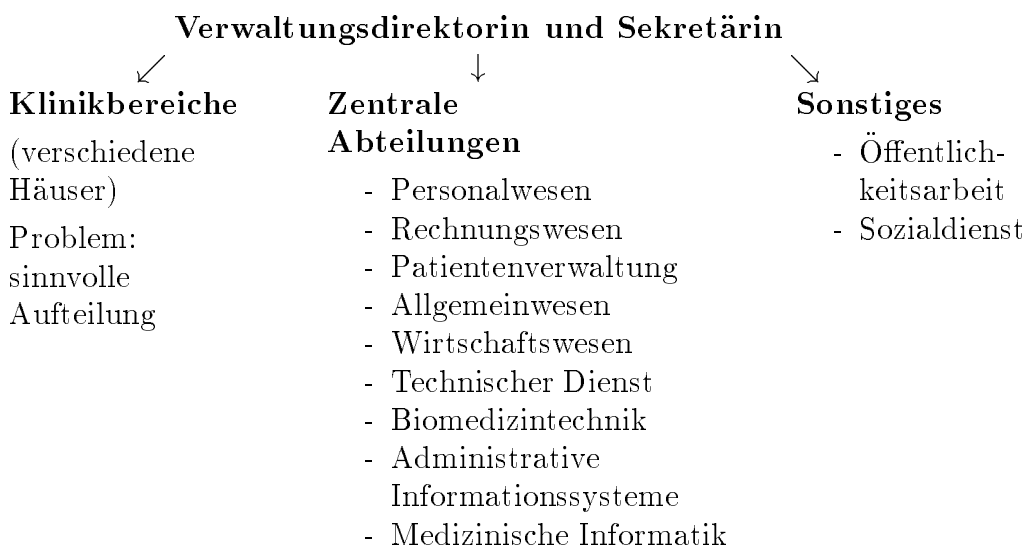
Träger können die Diakonie, die Caritas oder das Deutsche Rote Kreuz sein.

1.4 Strukturelle Gliederung des Krankenhausbetriebes

Im alten System bestimmte der Träger die Betriebsleitung, welche den drei Bereichen der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Verwaltung vorstand. Heutzutage ist in Krankenhäusern des GmbH-Typs der Träger durch den Aufsichtsrat und die Betriebsleitung durch die Geschäftsführung ersetzt. Die Dreiteilung der Dienste, die noch aus der Zeit der Militärlazarette stammt, ist jedoch geblieben, wie aus der nachfolgenden Graphik ersichtlich.



Am Beispiel des Klinikums Chemnitz gGmbH soll hier die Verwaltungsstruktur genauer unter die Lupe genommen werden.



Im jedem einzelnen Haus gibt es eine Verwaltungsleitung, welcher die

- Patientenverwaltung und der
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst

untersteht.

1.4.1 Zielsetzung der Krankenhäuser

Grundprinzip der Krankenhäuser ist gemäß der alten Devise von „Caritas et Humanitas“ die Gesundheitsfürsorge, die Bedarfsdeckung der Bevölkerung und Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Gesundheit. Sie müssen in diesem Sinne auch Patienten behandeln, die nicht zahlen können. Wichtige Nebenaufgabe der Krankenhäuser ist die Ausbildung des mittleren medizinischen Personals (Krankenschwestern, Krankenpfleger), für die in der DDR die Pflegeschulen zuständig waren. An Zielsetzungen unterscheidet man

- *Leistungsziel*: Art, Zahl und Qualität der Leistung.
Wichtig ist hier die Frage, welche Leistung en sich gut rechnen und welche nicht. Einzelkosten, beispielsweise für ein Polytrauma, gehen in der Mischkalkulation unter. Höhere Planungssicherheit haben da sie Spezialkliniken mit einem engen Leistungsprofil.
- *Bedarfsdeckungsziel*: dringlichkeitsgemäße Nutzung
- *Angebotswirtschaftsziel*: das Preis-Leistungs-Verhältnis.
Ein hoher Pflegesatz bedeutet trotz hervorragender Leistung keinen Vorteil. Bei optimaler Preisgestaltung unterstützen die Krankenkassen, es brauchen keine neuen Krankenhäuser aufgemacht zu werden.
- *Finanzwirtschaftsziel*:
Kurz-, mittel- und langfristige Sicherung der Finanzen.
 - kurzfristig: Eine Rechnung kann erst ausgestellt werden, wenn der Arzt die Entlassung des Patienten unterschieben hat (*Liquiditätsziel*).
 - mittelfristig: Fördermittel ordnungsgemäß verwendet
 - langfristig: Einzelförderung
- *Ziel der Sicherung der Eigenfinanzierung*
- *Ziel der Sicherung der funktionellen Kapitalerhaltung*
- *Personalwirtschaftsziel*
 - Sicherung des qualitativen Bedarfs an Personal
(in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit sicherlich kein Problem)
 - Sicherung des qualitativen Bedarfs
Hier gibt es größere Probleme. Hilfsdienste werden von examinierten Krankenschwestern geleistet, im Pflegedienst werden kaum Stellenregulierungen durchgeführt, Mopping ist an der Tagesordnung, wenn einmal jemand frischen Wind in den Betrieb bringen will. Vielleicht täte es manchem einmal gut, des Gefühl erlebt zu haben, arbeitslos zu sein.
- *Ziel der Sicherung der Lebensqualität des Personals* Hierunter zählen betriebsinterne Veranstaltungen wie Feste und Treffs.

- *Autonomie- und Integrationsziel*
 - Einflußnahme Dritter
 - Zusammenarbeit mit den Krankenkassen
 - Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium

1.4.2 Gliederung des Krankenhauses

Man unterscheidet die *Resortgliederung* und die *Bereichsgliederung*, wobei letzterer der Vorzug gegeben wird. Zu beachten ist, daß die verschiedenen Bereiche adäquat vertreten sind.

Resortgliederung

- diagnostisches Resort
- kaufmännisches Resort

Bereichsgliederung

- Arztdienst
- Pflegedienst
- diagnostisch-therapeutischer Dienst
- medizinischer Versorgungsdienst (Apotheke und Beschaffung)
- allgemeiner Versorgungsdienst (Küche und Zentrallager)
- technischer Dienst
 - Medizintechnik
 - Bau, Investitionen, Haustechnik
- Verwaltungsdienst (Personal- und Finanzwesen, Aufnahme)
- sonstige Dienste (Seelsorge, Azubis)

1.4.3 Bauformen und -typen

Viele der Anforderungen, die in früheren Zeiten an ein Krankenhaus gestellt wurden, treffen auch heute noch zu, während einige völlig veraltet anmuten. Johann Wolfgang von Goethe hat diese Kriterien recht humorvoll umrissen.

- auf einer Anhöhe errichtet und frei sichtbar
- nicht im Bereich der von der Stadt herüberwehenden Winden
- Wasseranbindung
- Grünanlagen zur Erholung
- Mauer zur Isolation der Kranken von der Bevölkerung
- Hauptgebäude mit zwei Seitenflügeln
- mit Ausnahme des Hauptgebäudes nur zwei Stockwerke hoch
- höchstens 600 Betten
- Uhr und Zimmerthermometer
- Brot, Bier und Wein

Heute richtet sich die Gliederung des Krankenhauses vor allem danach, in welchem Bereich der Patient sich am meisten aufhält. Es sind dies der Pflege- und der Behandlungsbereich, während er in der Regel nie in den Versorgungsbereich kommt. Als Aushängeschild des Krankenhauses ist weiterhin auf das Erscheinungsbild der Eingangshalle zu achten.

Bauformen: Man sollte vor der Planung eines Krankenhauses darauf achten, daß die Patientenzimmer zum Süden, die Behandlungs- und Verwaltungsräume zum Norden hin orientiert sind. Besteht das Krankenhaus aus einem Haupttrakt und angelagerten Seitentrakten, so ist ein Anbau ohne große Probleme möglich. Unterschieden wird zwischen

- Hufeisenform
- Kammform
- Doppelkammform
- Sternform (Regensburg)

Bautypen: Im Vordergrund für die Klassifizierung der Bautypen steht die Beziehung zwischen Pflege- und Behandlungsbereich. Hier wird unterschieden zwischen

- Horizontaltyp:
 - Pflege- und Behandlungsbereich auf einer Ebene (die nicht unbedingt horizontal sein muß). Extremes Beispiel: Flachbaukrankenhaus
 - Vorteile: kurze Wege zwischen Pflege und Behandlung (Schwergewicht auf der Fachbehandlung)
- Vertikaltyp:
 - Pflege- und Behandlungsbereich in getrennten Trakten
 - Vorteile: kurze Wege im Pflegebereich, effektive Geräteauslastung

Das Gebäude des Klinikums Chemnitz, ein Gebäude der 80er Jahre (äquivalent zur Bauweise der 60er Jahre im Westen) ist ein Gebäude des Vertikaltyps. Vollerorts machen sich die Nachteile dieses Bautyps bemerkbar, insbesondere dann, wenn es um die Transportorganisation mittels der zwei Betten- und zwei Personenaufzüge geht. Lediglich die Augenklinik ist im dritten Stock, dem obersten des Behandlungstraktes, mit den entsprechenden Operationssälen verbunden. Der Herzkathederplatz befindet sich im zweiten Stock des Behandlungstraktes, während die Patienten der Internistik in den oberen Stockwerken des zehnstöckigen Pflegegebäudes untergebracht sind.

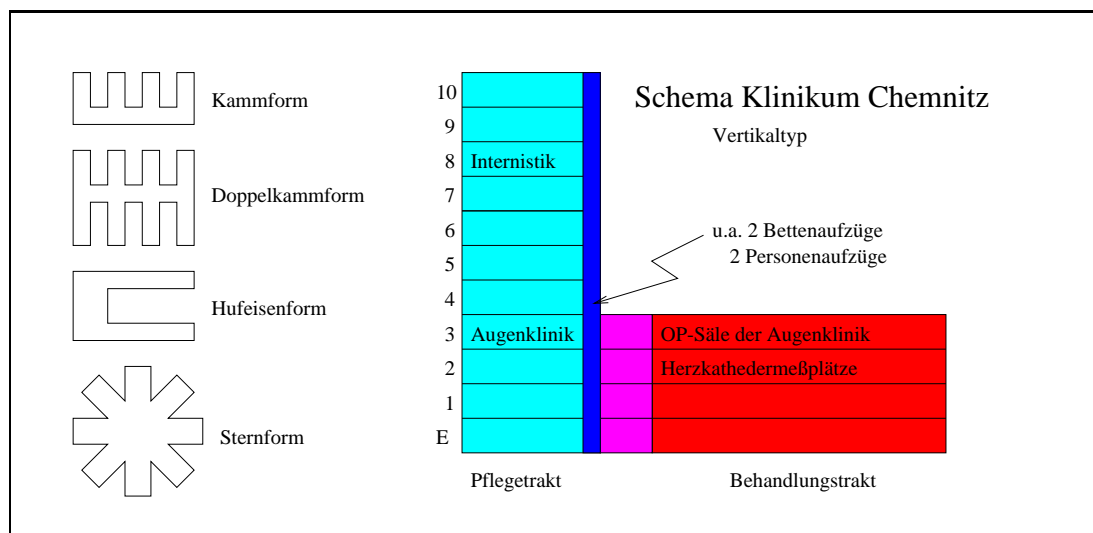


Abb. 2 Bauformen (links), Bautyp des Klinikums Chemnitz (rechts)

2. Krankenhausfinanzierung

2.1 Geschichte der Krankenhausfinanzierung

Im 12. Jahrhundert entstehen in Deutschland die ersten Spitäler, das erste ist wohl das Heilig-Geist-Spital in Lübeck. Nur Arme und Sieche werden aufgenommen, die Reichen lassen sich zuhause behandeln. Man bezeichnet sie in der Folgezeit als Pesthäuser (körperliche Gebrechen) und Tollhäuser (geistige Gebrechen), sie sind abgesondert von der Bevölkerung, und besonders letztere treten oft in Kombination mit Zuchthäusern auf. Bis 1695 ist die Finanzierung völlig frei geregelt.

Während die Arbeiter schon 1843 krankenversichert sind, wird die gesetzliche Krankenversicherung erst 1936 eingeführt. Mit dieser sind heute etwa 90% der Bevölkerung erfaßt, der Rest versichert sich privat. Prinzip der Krankenversicherung was die *monistische Finanzierung*: alles Geld kam aus einer Kasse über die Pflegesätze der Patienten, und mit diesen Finanzmitteln mußte alles finanziert werden. Klarerweise begann mit der Einführung der monistischen Finanzierung die defizitäre Phase der Krankenhäuser.

2.2 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972 – 1992)

Um aus dieser Misere heraus Abhilfe zu schaffen, wurde 1972 das sogenannte *Krankenhausfinanzierungsgesetz* erlassen. Seine Ziele waren

- die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
- die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern
- die Schaffung erschwinglicher Pflegesätze

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz baute auf dem *Prinzip der dualen Finanzierung* auf und wurde auch in der DDR, allerdings im Widerstreit mit der dort vorherrschenden Mangelwirtschaft, umgesetzt.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt

- die Behandlung der Patienten
- die Finanzierung in Krankenhäusern
- die Ausbildung des Krankenhauspersonals

Es gilt für alle Krankenhäuser mit Ausnahme der Krankenhäuser des Bundes und anderer Träger und findet seinen Niederschlag in den Krankenhausgesetzen der einzelnen Bundesländer, welche über

- die *Modalitäten der Investitionsförderung* und
- die *betrieblichen Organisationsformen*

entscheiden. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz liefert *Förderrichtlinien*, eine *Abgrenzungsverordnung* regelt die Vergabe von Fördermitteln.

2.2.1 Prinzip der dualen Finanzierung

Das Erbringen einer Leistung durch einen Betrieb erfordert den Einsatz von *Produktionsfaktoren*. Das sind Grund und Boden, Gebäude, Maschinen und Geräte, Kapital, Arbeitskräfte, Material und Dienstleistungen. Demgegenüber steht der Verbrauch oder Verzehr dieser Güter, der als *Kosten* bezeichnet wird. Man unterscheidet hier

Vorhaltungskosten (Investitionskosten):

- Grundstücke
- Gebäude
- Möbel
- Geräte

Benutzungskosten (Betriebskosten):

- Arbeitskräfte
- Lebensmittel
- Energie
- Medikamente, Güter des medizinischen Bedarfs
- Wirtschaftsgüter
- Steuern, Versicherungen
- weiteres

Das *Prinzip der dualen Finanzierung* meint, daß die Vorhaltungskosten aus öffentlicher Hand (durch Steuergelder) finanziert werden, während die Finanzierung der Benutzungskosten durch die Patienten bzw. den Sozialversicherungsträger geschieht.

2.2.2 Modalitäten der Krankenhausförderung

Grundlage für eine Krankenhausförderung ist die Aufnahme in den Krankenhausplan. Für eine solche Aufnahme müssen Anhaltszahlen für die erforderliche Versorgung beigebracht werden. Zu unterscheiden sind drei Versorgungstypen,

- Krankenhäuser der Regelversorgung:
Ausgerüstet mit einer chirurgischen Abteilung oder einer Abteilung für innere Medizin, bei Bedarf weitere Abteilungen wie Gynäkologie, Urologie, HNO (Hals-Nasen-Ohren), ...
- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung:
Diese erfüllen in Diagnostik und Therapie überregionale Aufgaben. Sie können alle Fachrichtungen außer der Transplantation vorhalten.
- Krankenhäuser der Maximalversorgung (Uni-Kliniken):
Nehmen auch komplizierte Operationen wie Transplantationen von Herz, Lunge oder Niere vor.

Darüber hinaus gibt es Fachkrankenhäuser wie Lungenkliniken, Suchtkliniken und psychiatrische Kliniken.

In Deutschland gibt es keine einheitliche Bettenbedarfsplanung für Krankenhäuser. Nordrhein-Westfalen hat eine solche aufgestellt, die jedoch nicht übernommen wurde. In ihr wurde erfaßt

- die Zahl der Einwohner
- die Häufigkeit des Krankenhausbesuchs
- die Länge des Krankenhausaufenthaltes
- die Bettennutzung

Die Tendenz, Krankenhäuser zu privatisieren und sie damit aus dem Einflußbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu entfernen, wurde inzwischen gestoppt (Ausnahme: Privat-Klinikum Witten-Herdecke).

2.2.3 Betriebliche Organisationsformen

Besonderheiten des sächsischen Krankenhausgesetzes sind

- das Verbot von Privatstationen
- der Arzt muß ein Nutzungsentgelt für Personal und Gebrauchsmittel zahlen, ab einer bestimmten Einnahmestufe zahlt er zusätzlich in einen Zentralpool ein. Über die Verteilung der dadurch zusammenkommenden Gelder entscheidet die Poolkommission, an der auch der Personalrat beteiligt sein muß.
- Datenschutz
- Hygiene
- Es muß prinzipiell eine Krankenhausesseelsorge geben (Oft wäre auch eine nichtkonfessionelle psychologische Betreuung nötig, doch können hier die Ärzte selbst tätig sein, ebenso Dienste wie die „grünen Damen“ oder Frauen im freiwilligen sozialen Jahr).

2.2.4 Abgrenzungsverordnung

Zunächst sind alle Güter grundsätzlich Wirtschaftsgüter. Man unterscheidet jedoch

- Verbrauchsgüter: Wirtschaftsgüter, die verbraucht, verzehrt oder anderweitig unbrauchbar gemacht werden
- Gebrauchsgüter: Wirtschaftsgüter mit einer Nutzungsdauer von maximal drei Jahren (Beispiel: Instrumente im OP)
- Anlagegüter: Wirtschaftsgüter, die zum Vermögen des Krankenhauses gehören. Hier unterscheidet man wiederum
 - kurzfristigen Anlagegüter: Nutzungsdauer drei bis 15 Jahre (Beispiele: alle medizinische Geräte, Möbel (Betten))
 - mittelfristige Anlagegüter: Nutzungsdauer 15 bis 30 Jahre (Beispiele: Elektroinstallationen, sanitäre Anlagen)
 - langfristige Anlagegüter: Nutzungsdauer über 30 Jahre (Beispiele: Gebäude und Grundstücke)

Für die Finanzierung angeschaffter Gegenstände gilt laut Abgrenzungsverordnung (AbgrV) und den Überleitungsvorschriften in den Paragraphen §§21–26 des Krankenhausgesetzes (KHG) folgendes Entscheidungskriterium (so zu verstehen, daß im Fall des Nichtzutreffens das nächste Kriterium zu prüfen ist):

- *Anschaffungs- und Herstellungskosten ohne Umsatzsteuer nicht höher als 100,- DM:*
 - Verbrauchsgüter i.S. §2 Nr.3 AbgrV,
 - pflegesatzfähig nach §3 Abs.1 Nr.3 AbgrV in voller Höhe.
- *Es liegt in Bezug auf den angeschafften Gegenstand ein Investitionsvertrag i.S. §18b KHG vor (Ausnahmefall)*
 - pflegesatzfähig nach §3 Abs.1 Nr.2 KHG

- *Ersausstattung oder Ergänzung, die über die übliche Anpassung an die medizinisch-technische Entwicklung wesentlich hinausgeht (Ausnahmefall)*
 - nicht pflegesatzfähig nach §3 Abs.2 Nr.1 AbgrV
 - Einzelförderung nach §22 Abs.1 Nr.1 KHG
- *Durchschnittliche Nutzungsdauer über drei Jahre*
 - Anlagegüter nach §2 Abs.1 AbgrV
 - nicht pflegesatzfähig nach §3 Abs.2 Nr.2 AbgrV
 - Pauschalförderung nach §23 Abs.1 Nr.3 KHG
- *Anschaffungs-/Herstellungskosten ohne Umsatzsteuer maximal 800,- DM*
 - Gebrauchsgüter i.S. §2 Nr.2 AbgrV („GWG“)
 - pflegesatzfähig nach §3 Abs.1 Nr.1a AbgrV im Jahr der Anschaffung in voller Höhe
- *Anschaffungs-/Herstellungskosten ohne Umsatzsteuer höher als 800,- DM*
 - Gebrauchsgüter i.S. §2 Nr.2 AbgrV („GWG“)
 - pflegesatzfähig nach §3 Abs.1 Nr.1b AbgrV anteilig entsprechend ihrer Abschreibung

2.2.5 Förderrichtlinien

Bei den Förderungsarten unterscheidet man zwischen der Pauschalförderung und der Einzelförderung. Letzterer muß ein Investitionsplan zugrunde liegen.

Pauschalförderung: Hierfür ist lediglich wichtig, in den Krankenhausplan aufgenommen zu sein, die technische Ausstattung wird nicht berücksichtigt. Pro Bett sollten 3.000 DM pro Jahr veranschlagt werden, Zusatzausgaben von 4.000 DM pro Jahr sind maximal zulässig. Die Pauschalförderung regelt die Wiederbeschaffung und Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern und Verbrauchsgütern. Der Bedarf für Anlagegüter darf 20.000 DM pro Jahr nicht übersteigen, ansonsten muß nachgewiesen werden, daß pauschale Fördermittel in den vorangegangenen Jahren angespart wurden (im Klinikum Chemnitz wurde ein Havarie-Fond eingerichtet). Die Anschaffungen brauchen nicht einzeln ausgewiesen zu werden. Bis 1993 galt in den neuen Bundesländern nach dem Einigungsvertrag ein oberes Limit von 15.000 DM pro Jahr.

Einzelförderung: Dazu zählen:

- die Errichtung von Krankenhäusern
- Neu- und Erweiterungsbauten und Sanierungen sind einzelförderwillig
- Wiederbeschaffung von Anlagegütern (Großgeräte)
- Schließung von Krankenhäusern
- Ergänzungsbeschaffung von Anlagegütern

Bis Juni 1997 gab es noch eine Großgerätekommission, welche die Verteilung von Großgeräten regelte. Diese ist inzwischen aufgelöst.

2.2.6 Förderantrag

An dieser Stelle sollen Inhalt und Einzelschritte der Antragstellung für eine Einzelfördermaßnahme erläutert werden.

Anmeldung:

- Formular ausfüllen (vgl. Abbildung 4)
- Kostenschätzung nach DIN 276 erstellen
- Begründung der Maßnahme

Das Regierungspräsidium prüft die Anmeldung auf Förderfähigkeit. Es teilt dem Krankenhaus mit, ob eine Förderung möglich ist oder die Förderung abgelehnt wird. Im Fall der Förderfähigkeit wird die Antragsnummer benannt und das Krankenhaus zur Antragstellung aufgefordert.

Antrag: pro Maßnahme sind folgende Angaben zu erstellen:

- Allgemeine Angaben zu Träger, Einrichtung und Vorhaben
- Erläuterungsbericht: Bestand, Bedarf, Notwendigkeit und Begründung
- Beschreibung des Vorhabens und Darstellung der Funktionsabläufe
- Raum und Funktionsprogramm mit Darlegung der Funktionsbeziehungen zu anderen Funktionsbereichen

Zu einem Antrag gehören

- Pläne:
 - Lageplan, Grundrißplan 1:100 mit eingezeichneter Maßnahme
 - Darstellung der Abbruch- und Neuaufbaumaßnahmen
 - Schnittzeichnungen, wenn erforderlich
 - Darstellung der Haustechnik, die mit dem Vorhaben in Verbindung steht
- Baukonstruktion
 - Nachweis der zulässigen Deckenbelastung
 - Nachweis zum Brandschutz
 - Nachweis zur Evakuierung
- Ausstattung: Eintrag fester und beweglicher Einbauten in Form eines Raumbuches im Grundriß, nach medizinischen und nichtmedizinischen Einbauten untergliedert
- Sonstige Forderungen:
 - Aussagen zum Denkmalschutz
 - Darstellung des Istzustandes, bei einem medizinischen Gerät die Angabe von Typ, Baujahr, Anzahl und Leistungsdaten
 - Operations- und Pflegestatistik (nur summarisch)
 - Krankenhaushygienisches Gutachten
 - Abstimmung mit der Gewerbeaufsicht, bei elektrotechnischer Anlage auch Abstimmung mit dem TÜV, Anwendungsgruppe 2, Abstimmung zum Brandschutz

- evtl. Wärmebedarfsberechnung bzw. Nachweis der Einhaltung der Wärmeschutzverordnung
- personelle Voraussetzungen: Anzahl des Personals, getrennt nach männlich/weiblich
- Anteil der ambulanten Leistungen, Ermächtigung der KV
- Nachweis der Folgekosten wie Betriebs- und Unterhaltskosten
- Einholen und Nachweis der Standortgenehmigung bei Großgeräten und Neubauten
- Kostenermittlung nach DIN 276, dreistufig, nachvollziehbare Massenermittlungen und Mengenberechnungen
- Terminliche Vorstellungen zum Bauablauf
- Zeitliche Vorstellungen zur Finanzbereitstellung, Finanzplan
- Nachweis von Verträgen mit Planungsbüros

Alle hier genannten Aussagen müssen zur Anmeldung komplett an das Regierungspräsidium eingereicht werden. Deshalb ist es besonders wichtig, daß die Zuarbeiten aller Beteiligten termingemäß und in guter Qualität erstellt werden.

Je konkreter die Antragstellung erfolgen kann, desto schneller ist die Förderfähigkeit der Kosten der jeweiligen Maßnahme prüfbar. Das Regierungspräsidium reicht die Unterlagen zur fachlichen Prüfung an die Oberfinanzdirektion weiter. Das Ministerium bzw. das Regierungspräsidium lädt zu einem Fördergespräch ein und kann die Planungsfreigabe für die beantragte Maßnahme festlegen. Auf dieser Grundlage wird die weitere Planung und Projektierung in den einzelnen Gewerken veranlaßt. Bis zu einem vereinbarten Zeitpunkt wird der Bewilligungsbescheid vom Ministerium bzw. Regierungspräsidium erstellt. Es kann auch ein Baubeginn vereinbart werden. Erst von diesem Zeitpunkt an kann mit der öffentlichen Ausschreibung begonnen werden.

2.2.7 Flexibles Budget

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sollte die Selbstkostendeckung der Krankenhäuser garantieren. Zu diesem Zwecke wurde den Krankenhäusern ein *flexibles Budget* zugestanden (vgl. Abbildung 3, erstellt auf der Grundlage von 200.000 Berechnungstagen (BT) im Jahr). Dieses flexible Budget bedeutete:

- erwirtschaftete das Krankenhaus im Jahr einen *Überschuß*, so wurde dieser zu 75% an die Krankenkassen als Budgetausgleich gezahlt, 25% verblieben dem Krankenhausträger als Kapitalanlage.
- fuhr das Krankenhaus im Jahr einen *Verlust* ein, so kam dafür zu 75% die Krankenkasse aus dem Budgetausgleich und nur zu 25% der Krankenhausträger auf.

Wichtigste Grundlage waren die *Berechnungstage*, also die zeitliche Ausnutzung der Betten, wozu auch das Liegen in der Rettungsstation gehörte (Problem der „Mitternachtsstatistik“). Die Krankenhäuser mußten den Kassen ihre Kosten nachweisen, ohne sie dabei in ihre Bücher schauen lassen zu müssen. Diese Kosten wurden, um die Einnahmen beispielsweise aus den Mahlzeiten

des Personals und Einnahmen von betriebsfremden Personen reduziert, den Krankenkassen als Statistik (Kosten-Leistungsnachweis) vorgelegt, anhand derer dann der Budgetausgleich berechnet wurde. Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch, daß die Leistungen in der Ambulanz anders als beim stationären Bereich einzeln abgerechnet wurden.

Das Prinzip des flexiblen Budgets erwies sich im Laufe der Zeit als Nachteil, da Krankenhäuser mit hohen Kosten diese erstattet bekamen, damit aber auch ihre Pflegesätze stiegen, andererseits sparsame Krankenhäuser mit dem Herabsenken ihrer Pflegesätze „bestraft“ wurden. So wurde es 1993 durch das „gedeckelte Budget“ abgelöst.

2.3 Erste Etappe des Gesundheitsstrukturgesetzes (1993)

1993 wurde die erste Etappe des Gesundheitsstrukturgesetzes verabschiedet. Es griff in das Krankenhausfinanzierungsgesetz ein und setzte folgende Punkte außer Kraft:

- das Investitionsgesetz
- die Pflegepersonalregelung
(bis dahin wurde die Pflegestufe aus einem Schema berechnet, das von der Stufe (A1,S1) (= Patient, der alles kann) bis (A3,S3) (= Patient, der nichts kann) reichte. Das Problem der Einstufung führte unweigerlich zum Anstieg der Pflegestufen)

Dagegen galt die PsychPV weiterhin.

Das Budget hatte im folgenden die Form eines *gedeckelten Budgets*, was hieß, daß keine Steigerungen in den Sach- und Personalkosten zulässig waren, die über die Steigerungsraten der Krankenkassenbeiträge hinausgingen. Dies führte zu einer genauen Regelung der *Pflegesätze*. Daneben wurde der Versuch unternommen, die *vor- und nachstationäre Versorgung* wie auch die *ambulante Operation* in den Krankenhausbetrieb zu integrieren (vgl. Abbildung 5).

2.3.1 Pflegesätze

Der *allgemeine Pflegesatz*, der für die Hauptzahl der Leistungen gültig war, teilte sich zu drei gleichen Teilen auf in

- ärztliche Behandlung
- pflegerische Leistungen
- Unterkunft und Verpflegung

Im Klinikum Chemnitz betrug er 470,- DM. Daneben gab es den besonderen Pflegesatz von 900,- DM für die Behandlung krebskranker Kinder, weitere besonders geregelte Pflegesätze für

- Entbindungen
- Behandlung Schwerbrandverletzter
- Transplantationen
- Dialyse

sowie *Sonderentgelte*, die von den Krankenhäusern individuell mit den Krankenkassen ausgehandelt wurden. In Chemnitz zählten dazu

- Schrittmacher
- Gefäßprothesen
- Endoprothesen

2.3.2 Vor- und Nachstationäre Versorgung

Die Entscheidung, welche Versorgung die geeignete ist, erfolgt ausgehend von der Einweisungsdiagnose des Patienten nach einem genau festgelegten Schema (Abbildung 6). Dabei sind vor- und nachstationäre Versorgung neu integriert.

Vorstationäre Behandlung:

Der Arzt muß die Behandlung dokumentieren, möglich ist auf dem Behandlungsformular lediglich die Angabe dreier Behandlungen innerhalb von fünf Tagen. Pro Behandlung erhielt der Arzt 160 DM unabhängig von den entstehenden Kosten. Diese Pauschale ist inzwischen reguliert worden, beispielsweise im Klinikum Chemnitz

- Innere Medizin 220 DM
- Kinderchirurgie 120 DM

Großgeräteuntersuchungen werden extra vergütet, z.B. die Computertomographie des Kopfes für 160 DM.

Nachstationäre Behandlung:

Der Patient darf maximal 14 Tage nach der Behandlung noch im Krankenhaus bleiben, es können bis zu sieben Behandlungseinheiten angegeben werden. Ist diese Zeit verstrichen, so muß er wieder zum niedergelassenen Arzt. Kann dieser ihn nicht weiterbehandeln, so muß die Einweisung neu beantragt werden. Bezahlt der Patient die nachstationäre Behandlung nach Verstreichen dieser Zeit nicht selbst, so gibt es nur in wenigen Ausnahmefällen, so beispielsweise in der Neurochirurgie die Möglichkeit einer längeren Verweildauer.

Die Pauschale für die nachstationäre Behandlung ist wesentlich niedriger. Sie beträgt beispielsweise für die Kinderchirurgie in Chemnitz 48 DM pro Tag.

2.3.3 Verteilung der Ausgaben im Gesundheitswesen 1994

Von den Gesamtausgaben von 23,9 Mrd. DM entfielen

- auf den stationären Bereich 74,2 Mrd. DM, davon
auf die Krankenhauspflege 74,2 Mrd. DM
- auf den ambulanten Bereich 102,0 Mrd. DM, davon
auf die ambulante ärztliche Behandlung 37,1 Mrd. DM
auf Arzneimittel 29,2 Mrd. DM
auf Heil- und Hilfsmittel 15,0 Mrd. DM
auf zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz 20,7 Mrd. DM
- auf sonstige Bereiche 56,7 Mrd. DM, davon
auf die Verwaltungskosten 11,7 Mrd. DM
auf die übrigen Ausgaben 45,0 Mrd. DM

2.4 Gesundheitsstrukturgesetz (1995/1996)

In den Jahren 1995 und 1996 wurden neue Entgeltformen gefunden (siehe Abbildung 5). Dabei wurde der allgemeine Pflegesatz durch medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze abgelöst. Gleichzeitig wurde vom Bundesgesundheitsministerium der Versuch unternommen, die ambulante Versorgung in den Krankenhausbetrieb zu integrieren. So ist heute die ambulante Chirurgie (beispielsweise die Fingernageloperation) laut Gesetz vorgesehen, es gibt sie aber praktisch nicht, da sie zu teuer ist und darüber hinaus das Risiko einer Postanästhesie als zu hoch eingeschätzt wird (Als Absicherung dagegen wird ein Behandlungsvertrag mit dem Patienten vor der Operation abgeschlossen).

2.4.1 Neue Entgeltformen

Der allgemeine Pflegesatz wurde aufgespalten in den *Basispflegesatz*, die *Abteilungspflegesätze* und die *Sonderentgelte*. Daneben wurde die *Fallpauschale* eingeführt, die sich als „gefährlichste“ Entgeltform erwies.

Basispflegesatz: Beinhaltet alle Kosten, die nicht direkt einer Station oder einer Abteilung zugeordnet werden können. Er entspricht dem Anteil „Unterkunft und Verpflegung“ der alten Regelung.

Abteilungspflegesatz: Beinhaltet alle Kosten, die medizinischen Leistungen einer bettenführenden Abteilung direkt zugeordnet werden können.

Sonderentgelte: Kosten für spezielle Behandlungen (z.B. Operationen)

Fallpauschale:

Kosten für die Gesamtleistung am Patienten im Krankenhaus, also

- Leistung als solche (z.B. Gallenoperation)
- Krankenhausaufenthalt, begrenzt durch die festgelegte Verweildauer

Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung erfaßt (heutzutage meist über SAP) auch die Leistungen nichtbettenführender Abteilungen. In das Formular wird eingetragen:

- die Stammdaten des Patienten
- die Diagnose
- die ICPM-Nummer der Behandlung

Es enthält nicht die Patientenakte. Eine Operationsdokumentation umfaßt

- die Stammdaten des Patienten
- die Operateure (Operateur, 1. bis 3. Assistent), verschlüsselt
- die beteiligten Krankenschwestern und -pfleger, verschlüsselt
- die Operationsdiagnose
- die Operationsleistungen nach dem ICPM-Schlüssel

2.4.2 Besonderheiten der Fallpauschale

Ausschlaggebend für die Abrechnung einer Fallpauschale ist die Krankenhaus-Hauptdiagnose, die im Verbund von

- Aufnahmeidiagnose
- Fachabteilungshauptdiagnose (unbedingt erforderlich)

- Krankenhaus-Hauptdiagnose
- Entlassungsdiagnose

eindeutig ausgewiesen sein muß und den größten Aufwand macht. Der Gesetzgeber hat die Regelung eingeführt, daß für eine Fallpauschale die Krankenhaus-Hauptdiagnose und die Operation-Hauptdiagnose übereinstimmen müssen, die Leistung ansonsten als Sonderentgelt zählt, wobei in diesem Fall der Abteilungspflegesatz um 20% gekürzt werden muß. Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Abrechnungsmöglichkeiten.

Fallpauschalen werden nur für Patienten ab dem 14. Lebensjahr abgerechnet. Zwei Beispiele für die Berechnung der Fallpauschale, für eine geschlossene Schenkelhalsfraktur (TEP) (Abbildung 8) und eine Cholezystolithiasis mit Cholezystektomie (Abbildung 9, siehe dazu auch die Abbildungen 10 und 11 für den Behandlungsverlauf) sind gegeben. Zugrunde liegen die Punktwertungen, die in jedem Bundesland in einem speziellen Punktecatalog festgelegt sind. Beispiel Sachsen:

- 0.95 DM Personalkosten
- 1.07 DM Sachmittel
- 0.18 DM Röntgen

Für jede Leistung wiederum gibt es gemäß dem ICBM-Schlüssel eine einheitliche Berechnungsgrundlage für die Punkte. Aus all diesem muß nach dem komplizierten Schema die Fallpauschale berechnet werden.

Der ICBM-Schlüssel legt auch die Verweildauer fest. Die typische Verweildauer, für die Krankenkassen zahlen, ist sieben Tage. Sie wird als *Normverweildauer* bezeichnet. Erst mit dem Erreichen der *Grenzverweildauer* (üblicherweise ab dem 15. Tag) dürfen wieder Zahlungen von den Krankenkassen eingefordert werden.

Wie Abbildung 12 zeigt, hat die Fallpauschale im Anteil der Kostenarten an den Pflegesätzen und Entgelten die absolute Priorität. Sonderentgelte werden nur für spezielle Leistungen wie beispielsweise eine Herzschrittmacherimplantation gezahlt. Problem der Fallpauschale ist jedoch dasjenige der Verweildauer. So kann es vom finanziellen Gesichtspunkt einleuchten, daß Patienten, die mehr als eine Woche im Krankenhaus verblieben sind, bis über den 15. Tag dort behalten werden, um die Kosten wieder hereinzuholen. So werden Diagnosen erst dann festgehalten, wenn sichergestellt ist, daß die Verweildauer nicht die Fallpauschale auffrißt. Und ein besonderes Problem stellt die Nachbehandlung dar, beispielsweise die Entfernung von OP-Relikten, da diese eigentlich sofort nach der Einweisung vorgenommen werden müßte.

Einen Sonderfall stellt das Polytrauma dar, für das keine Fallpauschale abgerechnet werden muß. In anderen Fällen, wie z.B. bei der Behandlung von Varizen an beiden Beinen und der Kataraktoperation an beiden Augen können Fallpauschale und Sonderentgelt zusammen abgerechnet werden. In einem ersten Schritt wird dazu in einer *Plausibilitätsprüfung* die Abrechnungsfähigkeit der Operation festgestellt (Abbildung 13). Die doppelte Operation ist formell

ein Wechsel des Operationsgebietes. Daher ist in einem zweiten Schritt das Kriterium dafür festzustellen, ob dieser Wechsel als zusätzliches Sonderentgelt (SE) abrechenbar ist (Abbildung 14). Für die Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken könnten so beispielsweise zwei Sonderentgelte abgerechnet werden. Es gilt jedoch die Regelung, daß diese Operation nur bei einer Schwerverletzten durchgeführt werden darf.

2.4.3 Konsequenzen für den Gesamterlös

Abbildung 15 zeigt die Erlösstruktur des Klinikum Chemnitz gGmbH 1996. Bei einem Gesamtbudget von 300 Mio. DM trugen zum Gesamterlös bei:

- Abteilungspflegesatz insgesamt 59,9%
- Basispflegesatz 29,1%
- Fallpauschalen (FP) 6,0%
- Sonderentgelte (SE) 5,0%

Der Anteil von 11% für Fallpauschalen und Sonderentgelte ist nicht besonders hoch, bedenkt man zudem, daß beispielsweise die Geburtshilfe nur davon lebt. Jede Fallpauschale und jedes Sonderentgelt muß einzeln abgerechnet werden. Sinkt dieser Anteil, so wird der Anteil der anderen Entgelte höher, was zu einem Ansteigen der Pflegesätze führt.

Die Krankenkassen haben behauptet, daß mit der Zahl der Betten auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte steigen würden. Daß dies nicht der Fall ist, zeigen Statistiken, in denen die Krankenhäuser nach Bettenzahl geordnet nebeneinandergestellt sind.

- Beispiel endoskopische Gallenoperation:
Auf diesem Gebiet ist Chemnitz nicht führend
- Beispiel Oberschenkenoperation: viele oprieren nur ein Bein
- Beispiel Oberschenkelhalsbruch: Dies ist ein Verlustgeschäft, daher wird es häufig mit der Behandlung der Coxarthrose kombiniert

Resumée über die Finanzplanung der Krankenhäuser insgesamt:

**Mein Wohlbefinden als Patient ist sehr viel mehr
von wirtschaftlichen Gesichtspunkten abhängig,
als mir das üblicherweise bewußt ist!**

2.5 Personalplanung

Zum Abschluß nur ein paar Bemerkungen zur Personalplanung. Es gibt einen Schlüssel, der die Zahl der Arztstellen nach den Betteneinheiten bemißt. So kommen auf einen Arzt in der Abteilung für Innere Medizin 17 belegte Betten, in der Neurologie 10 und in der Strahlenheilkunde 25. Personal steht zur Verfügung für zusätzliche Funktionsleistungen wie Sonographie und Radiologie. Es gibt Bereitschaftsdienste (wobei das Arbeitszeitgesetz diesen Dienst einschränkt, weil nicht mehr als zehn Stunden nacheinander gearbeitet werden darf), die übrigen Berufsgruppen werden nach Leistung bezahlt (Physiker nach der Anzahl der zu betreuenden Geräte).