

PLANUNGSMETHODEN FÜR DEN KRANKENHAUSSEKTOR

Bericht über eine WGO-Arbeitsgruppentagung

Kiel, Bundesrepublik Deutschland
25.-29. November 1985

ICP/PHC 603/m01
4129V
ORIGINAL: ENGLISCH
(NICHT REDIGIERT)

1986

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization Regional Office for Europe. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Dieses Dokument erscheint nicht als formelle Veröffentlichung. Es darf nur mit Genehmigung des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation besprochen, in Kurzfassung gebracht oder zitiert werden. Beiträge, die mit Namensunterschrift erscheinen, geben ausschliesslich die Meinung des Autors wieder.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать или цитировать этот документ без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Всю ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

INHALT

	<u>Seite</u>
1. Einführung	1
2. Zweck der Tagung	1
3. Eine Beschreibung der Krankenhausplanung in den Teilnehmer- ländern - einige allgemeine Tendenzen	1
4. Diskussion: Wie wirkt sich die Planung auf den Krankenhaussektor aus?	5
4.1 Der Einfluss der Planung auf die Akzeptabilität der Krankenhausversorgung	5
4.2 Der Einfluss der Planung auf die Nutzungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung	6
4.3 Der Einfluss der Planung auf die Rentabilität der Krankenhausversorgung	8
4.4 Der Einfluss der Planung auf die Effektivität der Krankenhausversorgung	10
4.5 Einige Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheits- versorgung	12
4.6 Evaluierung der Planungsmethoden für den Krankenhaussektor .	13
5. Empfehlungen	14
Anhang 1: Teilnehmerliste	16

1. Einführung

In Zusammenarbeit mit der Regierung der Bundesrepublik Deutschland führte das WGO-Regionalbüro für Europa vom 25. bis 29. November 1985 in Kiel eine Arbeitsgruppentagung über Planungsmethoden für den Krankenhaussektor durch. An der Tagung nahmen 22 Delegierte aus 19 Ländern teil (die Teilnehmerliste in Anhang 1). Die Tagung wurde im Namen von Dr. J. Asvall, Regionaldirektor, von Dr. W. Hubrich, dem Referenten für Krankenhäuser und primäre Gesundheitsversorgung beim Regionalbüro für Europa, eröffnet. Dr. K. Tremi begrüßte die Teilnehmer im Namen der schleswig-holsteinischen Landesregierung, Herr H. Harsdorf im Namen der Bundesregierung und Dr. E. Tsokos-Seifert im Namen der Kieler Stadtverwaltung. Professor F. Beske begrüßte die Teilnehmer im Namen des Gastinstituts, des Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel, einem Kollaborationszentrum der Weltgesundheitsorganisation. Professor F. Beske wurde zum Leiter der Tagung gewählt, Professor I.V. Poustovoi fungierte als Stellvertreter und Dr. D. van der Meer als Berichterstatter.

2. Zweck der Tagung

1977 beschloss die dreissigste Weltgesundheitsversammlung, dass es während der kommenden Jahrzehnte das wichtigste gesellschaftliche Ziel der Regierungen und der WGO sein sollte, dass alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 ein gesundheitliches Niveau erreicht haben, das es ihnen ermöglicht, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Das heisst, man braucht bessere Methoden zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und zur Verringerung von Behinderungen jeglicher Art.

Mit ihrer Regionalstrategie der "Gesundheit für alle" verfolgt die WGO u.a. das sehr wichtige Prinzip, dass durch eine entsprechende Ausrichtung des Gesundheitsversorgungssystems die gesamte Bevölkerung erfasst werden muss. Das könnte beispielsweise heissen, dass die Gesundheitsversorgung ihren Schwerpunkt von einer durch die krankenhausbezogene kurative Betreuung bestimmten Leistungsstruktur auf eine Struktur verlagert, in der vor allem die präventive Gesundheitsversorgung betont wird. Deshalb fand im Rahmen des kürzlich etablierten Regionalprogramms "Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen" diese Arbeitsgruppentagung statt, und zwar mit dem folgenden Ziel: Es sollten Planungsmethoden für den Krankenhaussektor diskutiert werden, die in einer Situation mit langsamem Wachstum oder Nullwachstum anwendbar sind, wobei im Rahmen einer Gesamtplanung der Gesundheitsdienstleistungen das Schwergewicht auf eine engere Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Diensten der primären Gesundheitsversorgung zu legen ist. Es wurde festgestellt, dass eine Situation des langsamen wirtschaftlichen Wachstums oder des Nullwachstums nicht auf alle Länder zutrifft, weshalb man sich entschloss, sich auf die optimale Ausnutzung der verfügbaren Ressourcen zu konzentrieren. Schwerpunkte sollten immer gesetzt werden, da immer zahlreiche Bedürfnisse bestehen und die zu ihrer Erfüllung verfügbaren Ressourcen nicht ausreichen, so dass eine Auswahl getroffen werden muss.

3. Eine Beschreibung der Krankenhausplanung in den Teilnehmerländern - einige allgemeine Tendenzen

Vor der Tagung bereiteten die Teilnehmer aus zwei Teilen, A und B, bestehende Länderbeschreibungen vor. Teil A beschrieb die Gesamtsituation der Krankenhausplanung in den Teilnehmerländern. In Teil B wurde der Einfluss der

Krankenhausplanung vom Blickwinkel der Akzeptabilität, der Nutzungsmöglichkeiten, der Rentabilität und der Effektivität her beschrieben, darüber hinaus enthielt dieser Teil eine Evaluierung der benutzten Planungsmethoden. Die Diskussion konzentrierte sich auf Teil B, nämlich den von verschiedenen Einfallswinkeln her betrachteten Einfluss der Planung, was in Abschnitt 4 beschrieben wird.

Der vorliegende Abschnitt beschreibt kurz zusammengefasst die Krankenhausplanung der Teilnehmerländer. Die von den Teilnehmern vorbereiteten Berichte zeichnen ein breites Spektrum an Planungsmethoden und zeigten, dass die Gesundheitsversorgungssysteme äusserst heterogen organisiert sind. Unter den Teilnehmerländern bestehen erhebliche Unterschiede im Hinblick auf:

- die Rolle des Staates in Fragen der Gesundheitsversorgung,
- die Zuständigkeit der Krankenhausverwaltung,
- die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und die Haltung der Bevölkerung zur medizinischen Betreuung.

Das beeinflusst natürlich die Wahl der Planungsmethoden.

Ganz grob lassen sich die Länder nach ähnlichen Gesundheitsversorgungssystemen einteilen:

- Die sozialistischen Länder arbeiten mit einem sehr stark integrierten, vom Verwaltungssektor organisierten, zentralen Plansystem. Es bestehen allerdings Möglichkeiten zur Dezentralisierung der Zuständigkeiten auf den unteren Ebenen, und zwar ebenfalls integriert. Diese unteren Ebenen haben dann möglicherweise nicht nur die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung, sondern dürfen auch Finanzmittel von der Gesundheitsversorgung in andere Sektoren umleiten. Die unteren Ebenen haben die auf der zentralen Ebene festgesetzten Ziele zu verwirklichen. Hier zeigt sich, dass ein integriertes System die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen eines Haushalts den finanziell am schlechtesten gestellten Sektoren Mittel zuzuweisen.
- Das nationale Gesundheitssystem (die skandinavischen Länder und England). Zwischen den verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen bestehen zwar einige Unterschiede, es gibt jedoch auch eine Menge Ähnlichkeiten, insbesondere im Hinblick auf die Regionalisierung und die Zuständigkeit der unteren Ebenen. Im allgemeinen bietet ein nationales Gesundheitssystem eine gute Möglichkeit zur Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsversorgungssystems. Das heisst, dass eine Behörde in einer bestimmten Region formal für die gesamte Gesundheitsversorgung zuständig ist (zuweilen mit bestimmten Beschränkungen, z.B. finanziellen Begrenzungen usw.). In Ausübung dieser Zuständigkeit kann die Behörde zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitsversorgungssystems (Krankenhäuser, Pflegeheime, primäre Gesundheitsversorgung usw.) Finanzmittel (um)verteilen. Bei der (Um)Verteilung der Mittel zwischen den Gesundheitsversorgungsdiensten und den Diensten der Sozialfürsorge können Probleme entstehen. Beispielsweise kümmern sich um die häusliche Pflege der (geistig) Behinderten oft die Sozialfürsorgedienste, wogegen die Versorgung dieser Patienten in Heimen der Gesundheitsversorgung untersteht, so

dass die Gesundheitsdienste und die Sozialfürsorgedienste zusammenarbeiten müssen. Diese Zusammenarbeit lässt sich oft schwerer verwirklichen, wenn die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung (in England die regionale Gesundheitsbehörde und in Schweden die Bezirksebene) auf einer anderen Ebene liegt als die Zuständigkeit für die Sozialfürsorgedienste (Stadtgemeindeebene).

- In den mitteleuropäischen Ländern findet man ein komplexes System aus öffentlichen und privaten Krankenhäusern, wobei der Staat am Entscheidungsfindungsprozess nicht sehr beteiligt ist, ausser durch allgemeine gesetzliche Bestimmungen. Ausserdem kann der Staat entscheiden, welche Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen werden, und dementsprechend für Subventionen in Frage kommen (z.B. Bundesrepublik Deutschland). Die finanzierenden Stellen spielen eine wichtige Rolle in den Verhandlungen mit den Krankenhausvertretern, wenn es um die Anzahl der Aufnahmen, die Funktionen und um teure medizinische Ausrüstung geht. Im allgemeinen reagieren diese Systeme sehr schnell auf Innovationen, vor allem im Hinblick auf neue medizinische, technologische Möglichkeiten, sie sind allerdings sehr teuer.
- In den südeuropäischen Ländern findet eine Umstellung statt. Man tendiert stark zum staatlichen Einfluss. Der Staat versucht die primäre Gesundheitsversorgung zu fördern, wobei es Beispiele dafür gibt, dass sich eine Förderung der primären Gesundheitsversorgung nicht ohne eine direkte Einbeziehung der Krankenhausbetreuung durchführen lässt. Ganz allgemein bestehen einige Mängel, und man bemüht sich darum, die knappen Ressourcen auf bestmögliche Weise zu verteilen.
- Das französische System tendiert zur zentralen Lenkung, im Gegensatz zu der zwingenden Planung der zentral gelenkten Systeme handelt es sich bei dem französischen System allerdings um eine tentative Planung. Im allgemeinen zeigt dieses System Zentralisierungstendenzen, beispielsweise kann die getrennte Krankenhausplanung dazu führen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung weniger stark ausgeprägt ist; da hier keine umfassende Planung der Gesundheitsversorgung vorliegt.

Einige allgemeine Tendenzen

Natürlich ist es schwierig, für die Teilnehmerländer die gemeinsamen Elemente der Planungsmethoden für den Krankenhausesektor zu finden. Die staatlichen Strukturen und die Beteiligung des Staates an Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung unterscheiden sich erheblich. Es zeichnen sich allerdings einige allgemeine Tendenzen ab:

- Alle Länder brauchen dringend ein flexibles System der Gesundheitsversorgung, das sich den häufigen technologischen Neuerungen, der sich ändernden Morbidität und Demographie schnell anpasst. Eine solche schnelle Reaktion lässt sich nicht mehr ausschliesslich dadurch erreichen, dass man mehr Geld in das Gesundheitsversorgungssystem steckt, diese Anpassungsprozesse müssen sich also in (nahezu) festen finanziellen Grenzen vollziehen.

- Die Gesundheitsversorgungssysteme mit zentral gelenkten Strukturen versuchen durch die Stärkung von Zwischenstrukturen zu einer erhöhten Flexibilität zu gelangen, so dass sich eine Tendenz zur Dezentralisierung und Entregulierung abzeichnet, wodurch den Zwischenebenen erhöhte Verantwortung überlassen werden soll.
- In den Systemen ohne starke staatliche Lenkung geht es vor allem darum, die Gesundheitskosten in bestimmten Grenzen zu halten, ohne dass dadurch die Flexibilität des gesamten Systems zu sehr gestört wird. Man betont hier vor allem eine erhöhte Rentabilität, wobei man hofft, dass eine erhöhte Rentabilität genug Geld für Neuerungen freimachen wird. Andererseits versucht man die Rentabilität durch die Einführung neuer Finanzierungssysteme zu erhöhen (in den meisten Fällen handelt es sich um prospektive Haushaltssysteme), zuweilen erlaubt man den Krankenhäusern auch, Gewinne zu erwirtschaften.

Andererseits versucht man die Angebotsseite zu regulieren, indem man die Bettenzahl der Krankenhäuser, die Kapazität der Einrichtungen, die Einführung neuer Funktionen, die Zahl der in den Gesundheitsberufen Tätigen usw. begrenzt. Interessanterweise entsteht oft eine Diskrepanz zwischen den Planungsmethoden mit ihren detaillierten Vorschriften und dem Übergang zu globaleren Finanzierungsmethoden. Es besteht die Gefahr, dass die durch globalere Finanzierungsmethoden erreichte höhere Rentabilität (und Flexibilität) durch die gewählten Planungsmethoden zunichte gemacht wird.

- In allen Systemen besteht die Tendenz zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern. In den stärker zentral gelenkten Systemen wird diese engere Zusammenarbeit zu einer Strukturierung der Krankenhäuser ausgenutzt (wie z.B. Distrikt-/Orts-, Regional- und Zentralkrankenhäuser).

In den weniger zentral gelenkten Systemen werden die Krankenhäuser zu einer engeren Zusammenarbeit und Koordinierung angeregt, indem man ein Krankenhaus oder eine Gruppe von Krankenhäusern dafür zuständig macht, dass sie innerhalb eines Gebiets oder einer Region der Bevölkerung die wirtschaftlichste Form der Krankenhausbetreuung zukommen lassen. Zuweilen neigt man dazu, die Krankenhäuser einer bestimmten Region zusammenzulegen. Manchmal spielen die Versicherungsgesellschaften eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Zusammenarbeit und die Koordination unter den Krankenhäusern anzuregen.

In den stärker marktwirtschaftlich orientierten Systemen neigen die Versicherungsgesellschaften dazu, sich nach dem besten Geschäft umzusehen. Die Krankenhäuser geraten in eine stärkere Konkurrenzsituation und entwickeln all die Strategien, die von marktwirtschaftlichen Aktivitäten her bekannt sind.

In allen Systemen stellt die ambulante Versorgung (ambulante Kliniken, unabhängige oder Krankenhäusern angeschlossene Tagespflegezentren, einen schnell wachsenden Sektor des Gesundheitsversorgungssystems dar.

Diese Form der Versorgung erfordert oft nicht allein eine engere Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und der stationären Betreuung, sondern auch eine engere Zusammenarbeit zwischen der Versorgung im Krankenhaus

(und in Ambulatorien) und dem System der primären Gesundheitsversorgung, in allen Ländern aber sucht man nach Wegen zur Verbesserung dieser Zusammenarbeit.

4. Diskussion: Wie wirkt sich die Planung auf den Krankenhaussektor aus?

Wie bereits erwähnt, näherte man sich dem Einfluss der Planung für den Krankenhaussektor von unterschiedlichen Einfallswinkeln her: dem Einfluss auf die Akzeptabilität, auf die Nutzungsmöglichkeiten, auf die Rentabilität und die Effektivität, wozu dann noch eine Evaluierung der gewählten Planungsmethoden kam.

Die Diskussionen über die verschiedenen Themen begannen in der Plenarsitzung, die spezifischen Themen dagegen wurden von einigen Teilnehmern vorgelegt (Fr. P. Winterton, Dr. A.B. Pereira, Dr. G. Lamnevik, Dr. H. Schmidl und Professor A. Keck). Danach legte der Berichterstatter die zu diskutierenden Fragen vor. Nach einer kurzen Plenardiskussion über die Deutlichkeit der den Teilnehmern gestellten Fragen teilte sich die ganze Gruppe in drei Untergruppen ein, in denen die Diskussionen dann unter dem Vorsitz eines Diskussionsleiters abliefen. Die Ansichten der Gruppen wurden dann von einem Berichterstatter in der Plenarsitzung vorgelegt. Der folgende Bericht über die Diskussionen der Untergruppen ist nach den an sie gerichteten Fragen aufgebaut.

4.1 Der Einfluss der Planung auf die Akzeptabilität der Krankenhausversorgung

Wie kann (oder wie sollte) die Öffentlichkeit die Leistungssysteme der Krankenhausversorgung beeinflussen?

In vielen Ländern nimmt man bei der Planung der Krankendienstleistungen nur wenig ausdrücklich darauf Rücksicht, ob diese für die Bevölkerung akzeptabel sind. Bei der Planung der Krankendienstleistungen liegt das Schwergewicht auf den Nutzungsmöglichkeiten der Betreuung, die als ein wichtiger Faktor die Akzeptabilität beeinflussen (vgl. Teil 4.2).

Zuweilen versucht man an den Anfang des Planungsprozesses die Wünsche der Bevölkerung zu stellen, doch diese Wünsche müssen von den Experten in die Planungssprache übersetzt werden, damit man feststellen kann, wie sie zu berücksichtigen sind, ausserdem müssen sie den ökonomischen Begrenzungen gegenübergestellt werden. Es ist also klar, dass die Wünsche der Bevölkerung (oder die Bedürfnisse der Öffentlichkeit) nur den Ausgangspunkt des Planungsprozesses bilden können. Verlässt man sich zu sehr auf die Erwartungen der Patienten, die beispielsweise durch die technologische Entwicklung beeinflusst werden, so kann das zu einem erheblichen Anstieg der Kosten der Gesundheitsversorgung führen. Deshalb reicht es nicht, wenn die Bevölkerung über die medizinischen und technologischen Möglichkeiten informiert wird, sie muss auch etwas über die Kostenaspekte, die begrenzten Möglichkeiten und die Notwendigkeit von Prioritäten erfahren.

Wie sollte der Krankenhaussektor auf die Tatsache reagieren, dass sich der Schwerpunkt immer stärker von der stationären auf die ambulante Betreuung verlagert?

In vielen Teilnehmerländern ist die ambulante Versorgung gewachsen. Diese Änderung der Krankendienstleistungen wird vor allem durch Veränderungen der Technologie und des medizinischen Verhaltens beeinflusst. Solche

Änderungen können durch den Planungsprozess unterstützt werden. In einigen Ländern stellt jedoch die Planung der ambulanten Versorgung und der Wechsel von der stationären zur ambulanten Versorgung ein Problem dar, weil zwischen den stationären und ambulanten Komponenten nicht genug Flexibilität besteht, was an der organisatorischen Struktur und/oder an den unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen liegt. Wenn die Krankenhausversorgung von der stationären auf die ambulante Versorgung übergeht, so hat das einen direkten Einfluss auf die Akzeptabilität der Krankenhausversorgung. Wichtig ist, dass die Krankenhausplanung weiss, wie viele Ressourcen in einer Gemeinde für die Versorgung zur Verfügung stehen. Kürzere Verweildauer im Krankenhaus, frühere Entlassung oder ambulante Chirurgie sind nur dann akzeptabel, wenn in der Gemeinde die Mittel zur Verfügung stehen, mit denen die Patienten dann auch zu Hause unterstützt werden können.

Wie können die Krankenhäuser die primäre Gesundheitsversorgung unterstützen?

Krankenhäuser als Teil des gesamten Gesundheitsversorgungssystems sollten zusammen mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, der ambulanten Spezialbetreuung und der primären Gesundheitsversorgung geplant werden. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung sollte sich auf die Kontinuität der Betreuung konzentrieren. Eine solche Zusammenarbeit macht den Ausbau der primären Gesundheitsversorgung notwendig. Oft ist die Krankenhausarbeit mit Prestige verbunden, was sich einer Zusammenarbeit und Koordination hinderlich in den Weg stellen könnte. Möglicherweise müsste man dem Krankenhaussektor Anreize bieten, wenn eine solche Zusammenarbeit gefördert werden soll. Wenn die Patienten dazu aufgefordert werden, die Ärzte des primären Gesundheitsversorgungssektors aufzusuchen, dann brauchen diese Ärzte möglicherweise eine bessere Schulung, vielleicht unter Anleitung des Krankenhaussektors, so dass ihre Sachkenntnis der modernen Techniken gesichert ist. Die Patienten können sich direkt in die Krankenhausbehandlung begeben (beispielsweise in die Notfallstation), auch wenn das für den Patienten erhöhte Kosten bedeutet; sie brauchen das allerdings nicht zu tun, wenn sie mit der Betreuungsqualität der Ärzte der primären Gesundheitsversorgung zufrieden sind.

4.2 Der Einfluss der Planung auf die Nutzungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung

Welchen Einfluss hat die Planung auf die Nutzungsmöglichkeiten im Verhältnis zur Struktur der Krankenhäuser?

Ein sehr wichtiges Ziel eines jeden Gesundheitsversorgungssystems muss es sein, der Bevölkerung gute Nutzungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgungsressourcen zu sichern. Ein weiteres Grundprinzip eines jeden Planungssystems der Gesundheitsversorgung ist es, den Betreuungsansprüchen der Patienten auf die bestmögliche Weise zu genügen. Das bedeutet eine Unterscheidung der verschiedenen Arten von Gesundheitsbetreuung entsprechend den realen Bedürfnissen, wodurch garantiert wird, dass Patienten, die keine hochqualifizierte Betreuung mehr nötig haben, an weniger komplizierte Betreuungsebenen überwiesen werden und diese nutzen können. Die Planung der Gesundheitsversorgung macht also irgendeine Schichtung der Krankenhausstruktur notwendig, wobei dadurch sowohl öffentliche wie private Einrichtungen erfasst werden könnten. Eine Struktur lässt sich nach der Bettenkapazität, der Zahl und Art der Spezialgebiete, der Angliederung an eine Lehrinstitution definieren.

Einige Länder haben ihre Krankenhäuser nach drei Kategorien strukturiert: Universitäts-, Allgemeines und Gebietskrankenhaus (oder Zentral-/Regional- und Gebiets-/Orts-). In einer solchen Struktur könnte die Betreuungsqualität in Gebiets- oder Grundkrankenhäusern ein Problem darstellen. Wenn die räumlichen Abstände nicht zu gross sind, arbeitet ein Grundkrankenhaus oft eng mit einem grösseren Krankenhaus zusammen. Bei grösseren Abständen muss man den Grundkrankenhäusern oft stärkere Aufmerksamkeit widmen, wenn bestimmte Qualitätsstandards gesichert sein sollen.

Wie wirkt sich die Planung auf die Nutzungsmöglichkeiten aus, und wie verhält sie sich zur geographischen Verteilung der Krankenhäuser?

Eine vernünftige Nähe zur Gesundheitsversorgung besitzt hohe Priorität, weshalb es wichtig ist, dass sich die Krankenhausbetten für die Grundfachrichtungen in Bürgernähe befinden. Ideal gesehen sollte das Angebot der Krankenhausbetreuung mit dem Versorgungsbedarf zusammenhängen, der wiederum durch die Morbidität und durch die Grösse und Struktur der Bevölkerung bestimmt wird. Beispielsweise zeigt es sich, dass die eine Langzeitbetreuung erforderlich machenden chronischen Erkrankungen mit dem Alter ansteigen. Wenn man für diese Form der Betreuung keine Betten einplant, dann werden die Krankenhausbetten für akute Fälle von solchen Patienten belegt sein. Deshalb sollten Entscheidungen über die Nähe auch berücksichtigen, wie die örtlichen Gegebenheiten, die Pathologie, die Patientenverhältnisse, die Transportmittel und -möglichkeiten usw. beschaffen sind.

Wie beeinflusst die Planung die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaussektor und der primären Gesundheitsversorgung, und wie sollte das Überweisungssystem funktionieren?

In vielen Ländern geht der Patient zunächst zu seinem niedergelassenen Arzt, der dann darüber entscheidet, ob der Patient ins Krankenhaus eingewiesen werden soll, und wenn ja, auf welche Ebene des Krankenhausesektors. Gute Nutzungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bedingen eine gut ausgebaute primäre Gesundheitsversorgung. Wenn der Patient zuerst zu dem niedergelassenen Arzt geht, dann sollte die primäre Gesundheitsversorgung ebenfalls leicht zugänglich sein; das heisst, nicht nur zwischen 8.00 und 17.00 Uhr, sondern rund um die Uhr, sieben Tage die Woche. Wenn nicht genügend Ressourcen dafür zur Verfügung stehen, dass die primäre Gesundheitsversorgung jede Woche sieben Tage lang rund um die Uhr funktionieren kann, dann sollte in der Nacht und am Wochenende das Krankenhaus, z.B. die Notfallstationen (unter der Zuständigkeit der primären Gesundheitsversorgung?), einspringen.

Wie beeinflusst die Planung die Nutzungsmöglichkeiten im Hinblick auf den Betten-/Bevölkerungsquotienten insgesamt und verteilt auf die medizinischen Fachrichtungen?

Der Betten-/Bevölkerungsquotient als einziger Planungsparameter besitzt keinen sonderlichen Wert mehr. Es müssen darüber hinaus auch andere Indikatoren in Betracht gezogen werden, insbesondere Dienstleistungen wie die Anzahl der Operationen, die Zahl der Spezialisten und Fachgebiete, die Zahl der Zugänge, die Belegungsrate, die verfügbaren stationären und ambulanten Einrichtungen. Bei der Mittelverteilung sollte man auch demographische, geographische und kulturelle Faktoren berücksichtigen, die von Land zu Land unterschiedlich sind; sogar innerhalb eines Landes können erhebliche Unterschiede bestehen. Bei der Bettenplanung wie bei der Planung von anderen

Einrichtungen sollte man sich also von den schätzungsweise in einem bestimmten Gebiet bestehenden Bedürfnissen leiten lassen. Solche Daten liegen allerdings normalerweise nur spärlich vor, weshalb man starken Wert auf den Erhalt solcher Informationen legen sollte.

4.3 Der Einfluss der Planung auf die Rentabilität der Krankenhausversorgung

Wie kann eine Regulierung (oder Entregulierung) anregend wirken, so dass den Patienten in der wirtschaftlichsten Weise geholfen wird (auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung)?

Eine Voraussetzung für eine rentable Betreuung ist es, dass die richtigen Dinge in der richtigen Weise getan werden. Die Gesundheitsversorgung kann als rentabel gelten, wenn die dafür aufgewendeten Ressourcen so gut wie möglich im Verhältnis zu den zu erreichenden Zielen stehen. Die Bedürfnisse der Bürger und Patienten im Hinblick auf eine medizinische und soziale Betreuung ändern sich, wobei diese Bedürfnisse durch Ressourcen befriedigt werden müssen, die weniger stark anwachsen als in der Vergangenheit. Doch auch mit begrenzten Mitteln kommt es sehr stark darauf an, dass die Patienten zufrieden sind, dass der Gesundheitszustand durch die Verhütung von Krankheiten verbessert wird usw. Langfristige Versorgungsstrategien, Bekämpfung von Krankheiten, Vorbeugeprogramme sowie der Standort und die Differenzierung von Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen können im Zusammenhang mit der makroökonomischen Entwicklung möglicherweise Mittel sparen. Sie ermöglichen bei der Einrichtung wie bei der Unterhaltung von Gesundheitsinstitutionen das bestmögliche Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Zur Anhebung der Rentabilität lassen sich verschiedene Formen der Regulierung unterscheiden: der Eintritt in das System (Zugang), die Bezahlung, Ausbildung, Leistungsstandards usw. Es wurde festgestellt, dass irgendein Überweisungssystem notwendig ist. Verbindet man das mit der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung, so übernimmt der Allgemeinarzt die Rolle eines "Screeners" oder eines "Torwächters". Wenn jedoch erst einmal eine engere Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung besteht, dann verlangt es die Rentabilität, dass man die Diagnoseresultate der anderen Seite akzeptiert. Das gleiche gilt für eine engere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Diensten. Hier müssen jeweils die Behandlungspläne (Protokolle) der Gegenseite akzeptiert werden.

Gleichzeitig sollte für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung ein solcher Anreiz geboten werden, dass sich dadurch sowohl die Krankenhäuser wie die primäre Gesundheitsversorgung aufgefordert fühlen, ihre Patienten auf die wirtschaftlichste Weise zu behandeln. Wenn sie den Patienten zusammen mit bestimmten finanziellen Anreizen Behandlungsalternativen anbieten (z.B. einen verkürzten Krankenhausaufenthalt und bessere Unterstützung bei der Hauspflege), werden sie allmählich stärker über die rentabelste Art der Gesundheitsversorgung nachdenken. Der Krankenhausaufenthalt lässt sich allerdings nur dann verkürzen, wenn die verfügbaren Ressourcen gut ausgenutzt werden, man eine gute Ausrüstung besitzt und ausserdem auf gut entwickelte soziale Dienstleistungen zurückgreifen kann. Der Ausbau von Standardverfahren kann die Rentabilität möglicherweise erhöhen, doch dann braucht man irgendeine Form der Qualitätssicherung.

Welche Ebene der Finanzierungsmechanismen regt zu wirtschaftlichem Verhalten an?

Im Hinblick auf die finanzielle Seite stellte man fest, dass man ganz allgemein vom Prinzip der Kostendeckung ab- und zu einer globalen, prospektiven Haushaltsplanung übergehen sollte. In den meisten Ländern, die ein System der Haushaltsfinanzierung kennen, macht eher das Finanzierungssystem als das Planungssystem die Krankenhäuser entschieden stärker für ihre Kosten verantwortlich und lässt sie weitaus bewusster auf die rentabelste Weise arbeiten. Man braucht einen globalen Haushalt, wenn man Inflexibilität verhindern will, und einen prospektiven, wenn das Krankenhaus die Möglichkeit zur Lenkung und Überwachung haben soll. Idealerweise sollte solch ein Haushalt das Krankenhaus dazu veranlassen, so wirtschaftlich wie möglich zu arbeiten, was heisst, dass eine Haushaltsüberschreitung für das Krankenhaus eine finanzielle Strafe bedeutet. Wenn ein Krankenhaus andererseits einen Teil des Geldes behalten darf, das es "sparen" kann, so kann das möglicherweise zur wirtschaftlichsten Arbeitsweise für das Krankenhaus führen.

In einigen Ländern wird über die Finanzierung von Investitionen einerseits und über die Ausnutzung der Investitionen andererseits in unterschiedlichen Systemen entschieden. Das könnte unrentabel sein, da eine billigere Ausnutzung ermöglichende Investitionen nicht vorgenommen werden können, weil sie nicht genehmigt werden. In solchen Fällen könnte eine Entregulierung die Wirtschaftlichkeit verbessern.

Im Hinblick auf die teuren medizinischen Geräte stellte man fest, dass man besondere Installationsnormen braucht, wenn man verhindern möchte, dass mehr Krankenhäuser als unbedingt notwendig diese Geräte installieren. Dies bedingt eine engere Zusammenarbeit zwischen privaten wie öffentlichen Krankenhäusern über die gemeinschaftliche Ausnutzung dieser Geräte. Patienten mit einer bestimmten Krankheit, zu deren Behandlung diese Apparatur notwendig ist, sollten in das Krankenhaus gebracht werden, dem sie zur Verfügung steht. Solche Entscheidungen sollten die zusammenarbeitenden Krankenhäuser vor dem Hintergrund eines strategischen, langfristigen Gesamtplans für die Krankenhausversorgung sehen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn man es mit einer Nullwachstumssituation zu tun hat. Höhere Kosten des einen Krankenhauses müssen durch niedrigere Kosten in anderen ausgeglichen werden.

Wenn neue Geräte angeschafft worden sind, die ältere, veraltete ersetzen sollen, dann muss man sicher sein, dass hinterher die ersetzte Apparatur entfernt wird, denn sonst würden die Betriebskosten der neuen Geräte nur zu den durch die alten Geräte verursachten Kosten hinzukommen, wodurch dann überhaupt nichts gespart wäre.

Kombinierte Diagnoseabteilungen könnten sich zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern als nützlich erweisen, obgleich man gerade in Gebieten, in denen sehr viele kleine Krankenhäuser zusammenarbeiten, die Vorteile, die sich dadurch ergeben, dass man alle Diagnosen in einer Abteilung konzentriert, gegen die Nachteile abwägen muss, die dadurch entstehen, dass so ein System schwer zu koordinieren ist und möglicherweise zur Bürokratie tendiert.

Wie kann man das Management so verbessern, dass die Rentabilität erhöht wird?

Ein globaler, prospektiver Haushaltsplan gibt der Krankenhausverwaltung, wie bereits angeführt, ein Mittel zur Steuerung und Überwachung an die Hand. Da weder die Verwaltungsexperten noch die medizinischen Spezialisten mit einem solchen System vertraut sind, müssen beide auf diese Aufgabe vorbereitet werden. Abgesehen davon, dass die Verwaltung innerhalb der Krankenhausorganisation eine schwierigere Aufgabe durchzuführen hat (vgl. auch 4.4), muss die Krankenhausverwaltung auch die Zusammenarbeit zwischen den anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen verbessern. Man muss stärkeres Gewicht auf die strategischen Kapazitäten der Krankenhausverwaltung legen (beispielsweise auf die Notwendigkeit von strategischen Krankenhausplänen), die es ihnen ermöglichen, die von aussen kommenden Veränderungen und Begrenzungen mit den internen Möglichkeiten zu kombinieren. In den meisten Ländern besitzen die Krankenhausverwalter entweder einen administrativen oder einen medizinischen Hintergrund. Kommen sie von der Verwaltung her, dann brauchen sie zur Verbesserung der Verwaltung ein grösseres medizinisches Wissen. Haben sie einen medizinischen Hintergrund, dann brauchen sie mehr Managementschulung.

4.4 Der Einfluss der Planung auf die Effektivität der Krankenhausversorgung

Was ist Effektivität, und kann man sie messen (oder überwachen, beschreiben, ausrichten)?

Betrachtet man zunächst die Effektivität, so muss zwischen Effektivität und Rentabilität unterschieden werden. Rentabilität hat immer etwas mit dem Verhältnis zwischen Mitteln und Zielen, zwischen Eingabe und Ausgabe zu tun. Sie bezieht sich eher auf Prozesse, nicht so sehr auf Ziele. Eine Massnahme ist effektiv, wenn die erzielten Ergebnisse mit den angestrebten Zielen übereinstimmen, nämlich den Umfang eines Problems zu reduzieren oder eine unbefriedigende Situation zu verbessern. Effektivität sollte also immer mit Zielen verknüpft werden, was in der Gesundheitsversorgung soviel heisst, dass sie mit den Bedürfnissen der Bevölkerung verbunden werden muss. Die Zielsetzung ist oft an die gesamte Gesundheitsversorgung gebunden, was es notwendig macht, die Aufgaben, den Auftrag und die Funktion des Krankenhauses als Teil des Gesundheitsversorgungssystems eines Gebietes zu definieren, das seinerseits wiederum von den Aufgaben anderer Einrichtungen abhängt. Die Krankenhausfunktionen müssen (neu) definiert werden (beispielsweise Ausbau eines geriatrischen Akutdienstes, eine Rehabilitationsabteilung, Unterstützung der primären Gesundheitsversorgung, Herzchirurgie usw.), wobei sich die Verwaltung, die Ärzte und eine höhere Stelle (in kleinen Ländern auf zentraler Ebene, in grösseren auf mittleren Ebenen) über diese Funktionen einig werden müssen.

Die Definition der Krankenhausfunktionen bedingt einen Einblick in die Funktionen oder Aufgaben von anderen Gesundheitsversorgungs- und Sozialeinrichtungen sowie eine Definition der Verantwortung eines Krankenhauses für die Bevölkerung eines bestimmten Gebiets, was auch die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern einschliessen könnte. Jedes Krankenhaus muss entscheiden, welche Ressourcen es zur Erfüllung der beschlossenen Funktionen benötigt. Das heisst, das Krankenhaus drückt seine Funktionen in Einrichtungen, Geräten, Personal, Betten usw. aus, aber auch in Zielen (Zahl der Patienten, die behandelt werden können, Zahl der Diagnostetests, Anzahl der Operationen usw.). Es

muss entschieden werden, wie die Ressourcen nach den besprochenen Funktionen zu verteilen sind, dann lässt sich die Effektivität daran messen, wie das Krankenhaus seine Zielsetzung erfüllt.

Die Diskussion über die Mittelzuweisung für den Krankenhaussektor konzentrierte sich stärker auf die Frage, wie dadurch die Funktionen und Einrichtungen berührt werden, als darauf, wie dadurch die Lösung der gesundheitlichen Probleme beeinflusst wird. Man besitzt nur eine sehr begrenzte Einsicht in die Art und Weise, wie Krankenhäuser wirklich zur Lösung von gesundheitlichen Problemen beitragen. Zunächst einmal orientieren die Krankenhausspezialisten einander, um einzelnen Patienten so gut wie möglich zu helfen, und die Krankenhäuser versuchen diesen Prozess soweit wie möglich zu unterstützen. Das bewirkt eine sehr viel stärkere Ausrichtung auf individuelle Krankheitsprobleme als auf die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung insgesamt. Dabei ist nicht einmal sicher, dass die Lösung eines individuellen Krankheitsproblems die gesundheitlichen Probleme des einzelnen verringert.

Wie können die Krankenhäuser angesichts knapper (oder zuweilen sogar schrumpfender) Etats für den Krankenhaussektor mit den Veränderungen der Technologie, Morbidität und Demographie fertig werden?

Man stellte fest, dass jedes Finanzierungssystem in einer Nullwachstums-situation im Hinblick auf Neuerungen möglicherweise zum Konservatismus neigt. Neuerungen eines Dienstes oder die Einrichtung von neuen Dienstleistungen bedeutet, dass die Ressourcen für bereits bestehende Dienste beschnitten werden müssen. Diese Inflexibilität muss irgendwie verhindert werden. Flexibilität lässt sich durch eine Erweiterung der zeitlichen Grundlage erreichen, die Krankenhausverwaltung sollte also zu globalen, strategischen Langzeitplänen angeregt werden, wohingegen das Finanzierungssystem die Möglichkeit eröffnet, unter bestimmten Bedingungen die finanziellen Mittel für die nächsten vier Jahre zu garantieren. Damit bietet sich die Möglichkeit, intern die bestehenden Behandlungsformen genau zu prüfen, die möglichen Alternativen zu diskutieren und nach der wirtschaftlichsten Form dieser Behandlungen zu suchen. Eine solche Diskussion wird nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn sie die Verhaltensaspekte der im Gesundheitswesen Tätigen berücksichtigt. Darüber hinaus sollten auch andere in der Gesundheitsversorgung Beschäftigte (beispielsweise die in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen) in diese Diskussionen einbezogen werden (und zwar bevor die Entscheidungen gefallen sind), wenn die Behandlungsänderungen auch ihre Arbeit beeinflussen. Auch Diskussionen mit der Patienteninteressengruppe können vernünftig und fruchtbar sein.

Wie kann "der sachgerechte Einsatz von verfügbarer Technologie" angeregt werden?

Eine medizinische Intervention sollte immer die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung gegen die Notwendigkeiten abwägen. Die Gesundheitsbetreuung kann zwar das Leben eines Menschen verlängern, man sollte jedoch auch immer die Qualität dieses Lebens in Betracht ziehen. Innerhalb der Medizin ist den ethischen Fragen grössere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die breiten strukturellen Veränderungen sind zwar Sache des Planers, sie sind jedoch auch mit der Qualitätssicherung verknüpft. Planung und Qualitätssicherung sind nicht genau dasselbe. Die Qualitätssicherung kommt sehr viel mehr vom medizinischen Ansatz her, während die Planung als eine von aussen an das Krankenhaus herangetragene Tätigkeit betrachtet wird. Soll die Planung effektiv sein, muss eine Zusammenarbeit mit den Klinikern stattfinden, und der Planer muss bis zu einem gewissen Grad über die krankenhausinternen Angelegenheiten Bescheid wissen. Die Planung sollte sich immer auf ein sachgerechtes Informationssystem und auf irgendein System der Qualitätssicherung stützen. Es sollten Methoden zur Analyse der Effektivität und Rentabilität von Planungsentscheidungen entwickelt werden.

4.5 Einige Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der primären Gesundheitsversorgung

Aufgrund aller möglichen technologischen Fortschritte, eines anderen medizinischen Verhaltens, anderer politischer Ansichten usw. durchlaufen die primäre Gesundheitsversorgung, die spezialisierte und die ambulante Betreuung (ambulante Kliniken, Tageszentren, die entweder unabhängig arbeiten oder Krankenhäusern angeschlossen sind) eine heftige Entwicklung. Die Patienten wollen so lange wie möglich in ihrer eigenen Umgebung bleiben, aber die Patienten wollen auch die beste professionelle Betreuung, die zu haben ist. Ein Grossteil dieser Sachkenntnis ist in den Krankenhäusern konzentriert, weshalb in vielen Diskussionen die Zusammenarbeit zwischen der primären Gesundheitsversorgung und den Krankenhäusern angeschnitten wurde, man Probleme analysierte und Verbesserungen vorschlug:

- Stärkere Aufmerksamkeit sollte dem systematischen Ausbau von speziellen Betreuungsprogrammen für bestimmte Patientenkategorien gewidmet werden (z.B. Diabetes, Onkologie, Asthma usw.). Für diese Programme könnten dann Alternativen erarbeitet werden, so dass man dahin gelangen könnte, bestimmte Krankheiten auf die rentabelste Weise zu behandeln. Die Durchführung eines solchen Vorhabens setzt voraus, dass die Krankenhausärzte und die praktizierenden Ärzte mit dem Programm einverstanden sind.
- Mehr medizinische Forschungsvorhaben sollten sich an der Frage ausrichten, welche Patienten tatsächlich ihren praktischen Arzt aufsuchen. Im Augenblick ist der grösste Teil der medizinischen Forschung mit dem (Universitäts-) Krankenhaus verknüpft, das nur einen kleinen Teil der gesamten Patientenmenge aufnimmt, die ihren praktischen Arzt konsultiert. Aufgrund einer veränderten Morbidität, aufgrund von chronischen Krankheiten und Multipathologie ändert sich der Patiententyp. Die medizinische Forschung sollte so ausgerichtet sein, dass ihre Ergebnisse mit der bestmöglichen medizinischen Hilfe zur Lösung der gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung beitragen.
- Es wurden einige Fälle angeführt, in denen ein Krankenhausarzt auch als Teilzeitbeschäftigter in einem Gesundheitszentrum arbeitet. Auf diese Weise werden die Spezialisten stärker mit den Krankheiten vertraut, die der praktische Arzt behandelt.
- Krankenhausspezialisten können dem praktischen Arzt beratend zur Seite stehen. Es wurde als Beispiel ein Krankenhausarzt angeführt, der wirklich einmal in der Woche einen praktischen Arzt beriet, und zwar im

Hinblick auf die von dem Arzt vorgenommenen Überweisungen in das Krankenhaus, in bezug auf die von ihm gehegten Erwartungen, das tatsächliche Behandlungsergebnis und den Patienten, den der praktische Arzt eigentlich selbst hätte behandeln können (in diesem Krankenhaus war die Zahl der Zugänge für den Etat wichtig, weshalb das Krankenhaus stark daran interessiert war, die Zugänge so niedrig wie möglich zu halten).

- Nach der Überweisung eines Patienten in das Krankenhaus sollte das Diagnoseverfahren nicht noch einmal von vorn beginnen. Der praktische Arzt sollte darüber informiert werden, was der Spezialist über die Diagnostiktests wissen möchte.
- Ein starker Anreiz zur guten Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und der primären Gesundheitsversorgung ist die Tatsache, dass der Patient mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und auch im Hinblick auf die fortgesetzte Behandlung die bestmögliche Betreuung braucht.

Diese Überlegungen sind ein direkter Appell an das Berufsethos und sollten durch finanzielle und organisatorische Massnahmen unterstützt werden.

4.6 Evaluierung der Planungsmethoden für den Krankenhausesektor

Die Planung ist ein Prozess der retrospektiven und prospektiven Informationserfassung. Gleichzeitig handelt es sich dabei um einen Prozess, der die Entscheidungsfindung vorbereitet, und als solcher ist die Planung ein wichtiger Teil der Verwaltungsaufgabe.

Die Globalplanung der Gesundheitsversorgung muss so aussehen, dass die Ärzte und die übrigen medizinischen Mitarbeiter der Krankenhäuser sie akzeptieren können, die Planung sollte sich also nie gegen die Medizin richten, sondern zusammen mit der Wissenschaft und Praxis ein Ganzes bilden. Die Planung der Gesundheitsversorgung muss von anderen Formen der Planung unterschieden werden, z.B. von der industriellen Planung, denn in der Planung der Gesundheitsversorgung sollten humanitäre, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Die Planung der Gesundheitsversorgung sollte einen allgemeinen Rahmen liefern, wobei insbesondere die Langzeitplanung flexibel sein muss, wenn sie nicht bürokratisch werden soll.

Bei jedem Planungsprozess müssen Prioritäten und Ziele gesetzt werden, wobei die konkrete Planung dann auf der Grundlage einer Hierarchie dieser Ziele durchgeführt werden muss, die auf der Planungsebene voneinander unabhängig sind. Dabei sollten die Ziele nicht von den Planungsmethoden beherrscht werden, diese sind immer zweitrangig. Das gleiche gilt für die ökonomischen Planziele. Die ökonomische Funktion sollte den medizinischen Funktionen dienen, die Planung des Krankenhausesektors muss also mit der medizinischen und gesellschaftlichen Funktion des Krankenhauses übereinstimmen.

Es gibt die verschiedensten Planungsmethoden für den Krankenhausesektor, eine Einteilung in gute, bessere und beste Methoden lässt sich nicht vornehmen. Besser wissenschaftlich untermauertes Wissen zur Verbesserung der Planungsmethoden ist notwendig, entscheidend für die Methodenwahl ist jedoch noch immer, welche Methode in der Praxis am besten funktioniert.

Sollte man einige wichtige Elemente der weiteren Verbesserung der Planungsmethoden zusammenfassen, so liesse sich folgendes anführen:

- Staatlicherseits müssen weitere gesundheitsorientierte und makroökonomische Richtlinien für die Planung des Gesundheitssektors in seiner Zusammenarbeit mit anderen Sektoren erarbeitet werden.
- Eine erfolgreiche Planung setzt Modelle voraus, insbesondere die Planung einer weiteren Integration des Krankenhaussektors mit anderen öffentlichen Dienstleistungen. Nur auf der Grundlage von Modellen lässt sich dieses Ziel erreichen.
- Die Forschung muss sich stärker auf die Einführung von systemtheoretischen Modellen konzentrieren. An solchen Modellen lässt sich die Interdependenz der verschiedenen Prozesse und Dienstleistungen auf verschiedenen Ebenen zeigen. Ein solches, nicht nur deskriptives, sondern auch prospektives Modell zeigt die funktionalen Wechselbeziehungen.
- Die Methoden der langfristigen Planung und Vorhersage sollten weiter verbessert werden, da sich Planungsindikatoren, wie die Morbidität und die Mortalität, nur langfristig betrachten lassen und sehr gut zu Kosten-Nutzen-Analysen in Beziehung gesetzt werden können.
- Neben den ökonomischen Planungsmethoden ist für die Planung der Gesundheitsversorgung auch ein Ausbau der soziologischen Planungsmethoden notwendig, wenn man die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten kennenlernen und wissen möchte, welches politische Gesundheitskonzept zur Erfüllung dieser Bedürfnisse und Erwartungen erforderlich ist.

5. Empfehlungen

5.1 Der Krankenhaussektor

5.1.1 Die Planung des Krankenhaussektors muss Teil der gesamten Gesundheitsplanung sein, aber auch Teil der Globalplanung der gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklung.

5.1.2 Die Planung des Krankenhaussektors sollte die sich ändernden und ausdrücklichen Bedürfnisse der Bevölkerung widerspiegeln. Sie sollte ausserdem sicherstellen, dass die Versorgung auf die rentabelste Weise durchgeführt wird.

5.1.3 Die Planung des Krankenhaussektors und der Gesundheitsversorgung sollte sichern, dass die erforderliche Versorgung im Hinblick auf die stationäre Betreuung, die ambulante Betreuung innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses sowie die kommunale Betreuung auf dem niedrigsten Rentabilitätsniveau stattfindet. Besonderer Wert sollte gelegt werden auf den Aufbau eines gut funktionierenden Überweisungssystems zwischen den verschiedenen Diensten und auf die Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Krankentypen.

5.1.4 Die Krankenhausplanung muss laufend dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Demographie, den technologischen Fortschritten und den veränderten ethischen Auffassungen angepasst werden. Damit hat das Schwergewicht auf der funktionalen Flexibilität zu liegen.

5.2 Die Weltgesundheitsorganisation/Regionalbüro für Europa

5.2.1 Es sollten in verschiedenen europäischen Ländern Untersuchungen angeregt werden, auf deren Grundlage sich festlegen lässt, wie eine spezialisierte Betreuung am besten geleistet werden kann. Diese Untersuchungen sollten sich mit der Betreuung innerhalb und ausserhalb der Krankenhäuser beschäftigen und sowohl Polikliniken wie spezialisierte Arztpraxen umfassen. Sie sollten auch die Zusammenarbeit zwischen der stationären und der ambulanten Betreuung beleuchten.

5.2.2 Es sollten einzelstaatliche Untersuchungen unterstützt werden, die die Implikationen und Konsequenzen aufzeigen können, die sich für die Patienten beim Übergang von der stationären zur ambulanten Betreuung ausserhalb des Krankenhauses und zur kommunalen Betreuung ergeben.

5.2.3 Es sollten Forschungsvorhaben unterstützt werden, die sich mit der Entwicklung von in unterschiedlichen Gesundheitsversorgungssystemen einsetzbaren Planungsmethoden für den Krankenhaussektor beschäftigen.

5.2.4 Das Regionalbüro sollte sich verstärkt um die verschiedenen Aspekte der Krankenhausversorgung, vor allem im Zusammenhang mit der primären Gesundheitsversorgung, bemühen. Das sollte als die Grundvoraussetzung für die Unterstützung der primären Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten gelten.

Anhang 1

TEILNEHMERLISTE

Berater auf Zeit

- Dr. G. Aadaam
Counsellor to the Minister, Department for Economics, Ministry of Health
of the Hungarian People's Republic, Budapest, Ungarn
- Hr. G. Berleen*
Head, Planning Sector, Swedish Planning and Rationalization Institute of
the Health and Social Services, Stockholm, Schweden
- Professor F. Beske
Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bundesrepublik Deutschland
- Hr. H. Clausager*
Director, Ringköbing County Health Administration, Ringköbing, Dänemark
- Hr. J.I. Cuervo
Health Department, Municipality of Barcelona, Spanien
- Professor S. Eichhorn
Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Bundesrepublik Deutschland
- Professor D. Jolly
Professor of Public Health, Public Hospitals of Paris, Frankreich
- Professor A. Keck
Institut für Sozialhygiene und Gesundheitswesen, c/o Ministerium für
Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin, Deutsche
Demokratische Republik
- Frau Dr. Gunilla Lamnevik
Department of Social Policy, The Federation of Swedish County Councils,
Stockholm, Schweden
- Hr. R. Leidl*
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, München-Neuherberg,
Oberschleissheim, Bundesrepublik Deutschland
- Frau Marlies Maarschalkerweerd
Hospital Institute of the Netherlands, Hospital Centre, Utrecht,
Niederlande
- Dr. D. van der Meer
Managing Director, Hospital Institute of the Netherlands, Hospital
Centre, Utrecht, Niederlande

* Teilnahmekosten nicht von der WGO getragen.

- Dr. A.B. Pereira
Health Planning Department, Ministry of Health, Lissabon, Portugal
- Professor I.V. Poustovoi
Chair of Health Economics, Central Institute for Advanced Medical
Studies, Moskau, UdSSR
- Dr. H.-H. Rüschemann
Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bundesrepublik Deutschland
- Dr. H. Schmidl*
Wien, Österreich
- Professor M. Shani
Director General, Sheba Medical Centre, Tel Hashomer, Israel
- Professor F.A. Sloan
Department of Economics, Institute for Public Policies Studies,
Vanderbilt University, Nashville, Tennessee 37235, USA
- Professor A. Smajkic
Institute for Social Medicine, Sarajewo, Jugoslawien
- Dr. R. Vasama
Director of Hospital Department, Division of Health Services, National
Board of Health, Helsinki, Finnland
- Frau Oberin Ursula Wiedemann
Helmstedt, Bundesrepublik Deutschland
- Frau Pat Winterton
Department for Health and Social Security, Branch HS2, Health Service
Division, London, Vereinigtes Königreich

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Regionalbüro für Europa

- Dr. W. Hubrich (Sekretär)
Medizinalbeamter, Krankenhäuser und primäre Gesundheitsversorgung

* Teilnahmekosten nicht von der WGO getragen.