

THEMEN DER ZEIT:

Anwendung programmierter audiovisueller Lehrmaterialien in der Medizin

Aufgaben der heutigen Neurologie in der Krankenversorgung

BLICK ÜBER DIE GRENZEN:

Die sozialisierte Poliklinik

FEUILLETON:

„Das Paradies ist noch nicht verloren“

REISE:

Wiedersehen mit der „Hanseatic“

WIRTSCHAFT:

Private Krankenversicherung: Die feinen Unterscheidungen im Kleingedruckten

Qualität der Arbeit – nicht das Einkommen entscheidet

PRAXIS UND HAUS:

Warmhaltewagen – auch für die Praxis

AUTO:

Automatik-Gurt: ist er der beste?

Krankenhausbehandlung wird immer teurer

Eindrucksvolle Leistungsbilanz der deutschen Krankenhäuser

Die stationäre Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland wird wie in allen hochindustrialisierten Ländern mit einem weit ausgebauten System der sozialen Sicherung immer umfangreicher, wegen des gestiegenen Bedarfs an hochqualifiziertem Personal und medizinisch-technischen Apparaturen aber auch immer teurer.

Die insgesamt 3519 Krankenanstalten in der Bundesrepublik beschäftigten Ende 1972 (letztvorliegende amtliche statistische Ergebnisse) rund 611 700 Personen. Damit ist das Krankenhauswesen zu einem „Großkonzern“ angewachsen, der mit internationalen Großunternehmen und hinsichtlich der Zahl der beschäftigten Personen mit der Deutschen Bundespost einem Vergleich standhält. Im statistischen Durchschnitt ist heute bereits jeder 50. Erwerbstätige im Krankenhauswesen beschäftigt. Trotz aller Rationalisierungsmaßnahmen und den – allerdings noch recht zaghaften – Ansätzen zu einer sparsameren Wirtschaftsführung, wird auch in Zukunft die Nachfrage nach stationärer Krankenhausbehandlung und damit nach mehr Dienstleistungspersonal weiterhin sprunghaft anwachsen.

Krankenhausbetten: Neue Rekordmarke erreicht

Im Jahr 1972 hat die Zahl der planmäßigen Krankenhausbetten in der Bundesrepublik erstmals die Rekordmarke von 700 000 Betten



überschritten: Von den insgesamt 701 236 planmäßigen Betten entfallen rund 381 000 Betten auf öffentliche Krankenhäuser, 255 000 auf freigemeinnützige Krankenhäuser und rund 95 000 auf private Häuser. In den Akutkrankenhäusern stehen rund 475 000 Betten (67,8 Prozent) und in den Sonderkrankenhäusern 226 000 (32,2 Prozent) (Tabelle 1).

In den letzten zehn Jahren hat sich zwar die Zahl der Krankenhäuser sukzessive verringert, dafür ist aber die Bettenzahl um rund 16 Prozent (96 331) gestiegen. Eine weitere Konzentration im Krankenhauswesen dürfte auch in Zukunft zu verzeichnen sein, zumal das Krankenhausfinanzierungsgesetz den Trend zum Mittel- und Großkrankenhaus durch die Förderungsbedingungen verstärkt (Tab. 2).

Der Krankenhauszugang je 1000 Einwohner stieg von 124,6 im Jahre 1962 auf 151,5 im Jahre

Krankenhausbehandlung

1972 an. Insgesamt wurden im gleichen Berichtsjahr für die 9,8 Millionen Patienten über 224 Millionen Pflēgetage geleistet; das sind 10,2 Prozent mehr als zehn Jahre zuvor. Der Umsatz stieg von 1962 auf 1972 von 4 auf 18 Milliarden DM. Das Anlagevermögen, das die insgesamt 3159 Krankenhäuser in der Bundesrepublik repräsentieren, dürfte mittlerweile mehr als 65 Milliarden DM betragen.

Fast 53 000 Krankenhausärzte

Mit 52 827 Ärzten haben die Krankenhäuser schon mehr als die Hälfte aller Mediziner an sich gezogen. Ihre Zahl stieg seit 1962 um 20 861 (gleich 64,3 Prozent). Das Krankenhauspersonal (ohne Auszubildende und Schüler) überschritt 1972 erstmals die 200 000-Marke. Darunter sind mehr als 104 000 ausgebildete Krankenschwestern. Trotz der

ständig zunehmenden Zahl von Krankenpflegepersonal und trotz wachsender Ausländerbeschäftigung fehlen gegenwärtig noch rund 35 000 examinierte Krankenpflegekräfte (Tabelle 3).

So erfolgreich die „Bilanz“ der Krankenhäuser sich auch darstellt, so beklagenswert ist die Kostenexpansion für Krankenhausbenutzer und Kostenträger, die sich in einer ständigen Erhöhung der Pflegesätze niederschlägt. Zwar unterscheiden sich die Pflegesätze von Haus zu Haus, von Krankenträger zu Krankenträger, doch sind die Maximalsätze in den einzelnen Bundesländern durchaus vergleichbar. Während die Pflegesätze kurz nach dem Zweiten Weltkrieg bei rund 10 DM lagen, betragen sie 1962 im Bundesdurchschnitt bereits 62 DM, 1972 schon 80 DM. Heute haben sie die 100

DM-Grenze in der allgemeinen Pflegeklasse auf breiter Front längst überschritten. Bereits 1985 dürfte nach einschlägigen Schätzungen ein Betrag von 500 DM pro Krankenhaustag zu zahlen sein. Dies ist um so mehr zu erwarten, als seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung volle Kostendeckung garantiert wird und spürbare Kostenbremsen via Gesetz nicht eingebaut wurden. Dieser explosionsartige Kostentrend macht auch den Krankenträgern zu schaffen. Anlässlich ihres 25jährigen Bestehens zeigte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vor der Presse in Bonn besorgt um die sich abzeichnende Kostenentwicklung. Allein 70 bis 85 Prozent der Gesamtkosten des Krankenhauses entfallen heute auf Personalaufwendungen, und nur 15 bis 30 Prozent sind Investitions- bzw. Vorhaltekosten, die von der öffentlichen Hand (Bund, Länder und Gemeinden sollen je ein Drittel der Investitionskosten übernehmen) nach Maßgabe des 1972 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsgesetzes getragen werden. In Anbetracht der Tatsache, daß heute die Investitionskosten je Krankenhausbett bereits bei 140 000 bis 150 000 DM liegen, dürften jedoch die eingeplanten öffentlichen Mittel bei weitem nicht ausreichen. Professor Dr. med. Hans-Werner Müller, der Hauptgeschäftsführer der DKG, lobte sowohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz als auch die neue Bundespflegesatzverordnung, die am 1. Januar 1974 in Kraft getreten ist. Mit ihrer Hilfe sei das permanente Betriebsdefizit der Krankenhäuser von jährlich mehr als einer Milliarde Mark zum Verschwinden gebracht worden. Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst und die „vollpauschalieren“ allgemeinen Pflegesätze, die seit Jahresanfang ausschließlich zum Zuge kämen, schlugen sich in einem erneuten Kostenauftrieb und in einer Pflegesatzverteuerung nieder. In Nordrhein-Westfalen zum Beispiel sei infolge des „Sublimierungseffekts“ der Pflegesätze und deren Neuberechnung eine Ko-

Tabelle 1: Krankenhäuser und planmäßige Betten

Jahresende	Insgesamt	Darunter für Akut-Kranke	Öffentliche	Freie gemeinnützige	Private
Krankenhäuser Anzahl					
1960	3 604	2 656	1 385	1 307	912
1962	3 651	2 636	1 395	1 298	958
1965	3 619	2 540	1 354	1 288	977
1970 } ¹⁾	3 587	2 441	1 337	1 270	980
1971 }	3 545	2 407	1 340	1 248	957
1972 }	3 519	2 364	1 322	1 239	958
Planmäßige Betten Anzahl					
1960	583 513	406 022	326 413	215 120	41 980
1962	604 932	416 810	336 503	221 706	46 723
1965	631 447	423 219	348 364	230 787	52 296
1970	683 254	457 004	373 137	249 357	60 760
1971	690 236	465 946	377 477	251 780	60 979
1972	701 263	475 555	381 315	255 002	64 946
Prozent					
1960	100	69,6	55,9	36,9	7,2
1962	100	68,9	55,6	36,6	7,7
1965	100	67,0	55,2	36,5	8,3
1970	100	66,9	54,6	36,5	8,9
1971	100	67,5	54,7	36,5	8,8
1972	100	67,8	54,4	36,4	9,3

¹⁾ In Bayern außerdem 1965 = 20, 1970 = 12, 1971 = 11, 1972 = 10 Krankenhäuser ohne planmäßige Betten.

Quelle: Wirtschaft und Statistik, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden, Heft 2/1974, Seite 89.

Tabelle 2: Krankenhäuser und planmäßige Betten am 31. Dezember 1972 nach Trägern und Größenklassen

Krankenhäuser mit . . . bis unter . . . Betten	Krankenhäuser (in Prozent)							
	Insgesamt		Öffentliche		Freie gemeinnützige		Private	
	Kranken- häuser	Plan- mäßige Betten	Kranken- häuser	Plan- mäßige Betten	Kranken- häuser	Plan- mäßige Betten	Kranken- häuser	Plan- mäßige Betten
unter 25	9,1	0,7	3,6	0,2	2,8	0,2	24,8	5,3
25 - 50	14,5	2,7	8,8	1,1	10,6	1,9	27,3	14,6
50 - 100	20,0	7,1	16,7	4,2	16,9	5,8	28,5	29,0
100 - 150	14,2	8,6	15,1	6,4	15,9	9,3	10,6	18,6
150 - 200	10,3	8,8	12,4	7,4	12,8	10,6	4,1	10,4
200 - 300	13,2	15,7	16,4	13,4	17,5	20,1	3,2	11,7
300 - 400	7,4	12,6	8,5	10,0	11,3	18,7	0,8	4,0
400 - 500	3,9	8,5	4,5	6,9	6,2	13,2	-	-
500 - 600	1,9	5,2	2,5	4,7	2,7	7,1	0,1	0,8
600 - 800	2,2	7,4	3,4	8,0	2,4	8,0	0,2	2,1
800 - 1000	0,9	3,8	2,0	6,1	0,2	1,1	0,1	1,2
1000 und mehr	2,5	18,8	6,1	31,6	0,5	4,0	0,1	2,0
Insgesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Wirtschaft und Statistik, herausgegeben vom Statistischem Bundesamt, Wiesbaden, Heft 2/1974, Seite 89.

gegebenen statistischen Übersicht war vor dem 1. Januar 1974 die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit einer privatärztlichen Behandlung in über 80 Prozent der Fälle obligatorisch gekoppelt). Die Krankenhausgesellschaft könne nicht umhin – so betonte Müller – die vor dem 1. Juli 1972 abgeschlossenen Chefarztverträge so zu respektieren, wie es das Gesetz vorschreibe. Und in einer versteckten Anklage gegen diese Regelung meinte Müller: „Die Forderung, alle Patienten ausschließlich nach der Schwere ihrer Krankheit unterzubringen, wird dann schwierig zu realisieren sein, wenn die zur Unterbringung der Patienten erforderlichen Betten durch die sogenannten Altverträge blockiert bleiben.“ Die „Vergünstigung“ der Entkoppelung wäre seiner Ansicht nach nur dann zu realisieren, wenn zusätzlich Ein- und Zweibettzimmer zur Verfügung gestellt werden, was aber die Krankenhäuser nicht von heute auf morgen durch Um- oder Neubauten realisieren könnten. Professor Müller wußte auch von Versuchen von Chefärzten zu berichten, die die Einbeziehung von neugeschaffenen Komfortzimmern in ihr alleiniges Liquidationsrecht rechtlich zu erzwingen suchten.

Keine Festbesoldung

In der Vergangenheit hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiederholt in die Reihe der Befürworter einer sogenannten Festbesoldung aller Krankenhausärzte gestellt. Noch anlässlich des 7. Deutschen Krankenhaustages Ende Mai 1973 in Hannover zeigten sich sowohl Krankenhausgesellschaft als auch Chefarztverband bereit, über ein Angebot einer Festbesoldung von rund 150 000 DM pro Jahr zu verhandeln.

In Bonn darauf angesprochen, ob die Krankenhausträger in dieser Frage weitergekommen seien, erklärte Professor Müller: In absehbarer Zeit sei an eine leistungsgerechte und akzeptable Festbesoldung der leitenden Krankenhau-

stensteigerung von 22,3 Prozent zu verzeichnen gewesen. Der Tarifabschluß im öffentlichen Dienst hat im Schnitt zu einer Kostensteigerung um 16 bis 18 Prozent geführt, was zwangsläufig auf den Pflegesatz durchschlagen muß.

Vollpauschalierte Pflegesätze

Seit dem 1. Januar müssen bekanntlich alle bisher gesondert berechenbaren Nebenkosten wie beispielsweise Medikamente, Laborleistungen usw., die früher einen beträchtlichen Betrag ausmachten und Selbstzahlern gesondert in Rechnung gestellt wurden, in den allgemeinen pauschalierten Pflegesatz einbezogen werden. So werden beispielsweise auch die relativ hohen Kosten der Intensivpflege im allgemeinen Pflegesatz pauschal abgegolten, ebenso wie beispielsweise die stationäre Behandlung eines Beinbruchs, der weniger Pflegekosten verursacht. Mit der Pauschalierung ist somit ein sozialpolitisch nicht zu unterschätzender sozialer Ausgleichseffekt verbunden, und zwar innerhalb ein und derselben Pflegeklasse und innerhalb der Gesamtheit der versicherten Patienten einer Station. Wahl- bzw. Komfortleistungen wie ärztliche Behandlung durch einen Chefarzt, das Zurverfügungstellen eines Fernsehers usw. können gegen Aufpreis gewählt werden. Zuschlä-

ge in Höhe von mindestens 35 bzw. 15 Prozent müssen nach der Bundespflegesatzverordnung bei der Wahl eines Einzel- oder Doppelzimmers berechnet werden. Im Durchschnitt haben diese Zuschläge heute aber bereits zwischen 30 und 50 Prozent, in Extremfällen sogar über 100 Prozent erreicht. Dies wird vor allem seitens der privaten Krankenversicherung mit berechtigtem Argwohn beobachtet. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat indes angekündigt, sich um „Auswüchse“ und um betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigte Zuschläge zu kümmern. Auch der Deutsche Bundestag befaßte sich in der Fragestunde kürzlich mit diesem Problem.

Durch die in § 6 der Bundespflegesatzverordnung verankerte sogenannte Entkoppelung von privatärztlicher Behandlung und Unterbringung in einem komfortableren Zimmer sind zwar formal die Wahlmöglichkeiten im Krankenhaus erweitert worden. Professor Müller bedauerte allerdings, daß in dem Gesetz seiner Meinung nach richtig konzipierten „strukturellen Fortschritte“ mindestens noch zehn bis fünfzehn Jahre auf sich warten ließen. So habe die vielzitierte „Entkoppelung“ erst in einer Minderheit von Krankenhäusern Platz gefunden. (Nach einer von der privaten Krankenversicherung heraus-

ärzte wegen besoldungsrechtlichen Schwierigkeiten im öffentlichen und kommunalen Bereich nicht zu denken. Damit räumte der Hauptgeschäftsführer der DKG Argumente vorerst aus der Welt, die stets einseitig den leitenden Krankenhausärzten den Schwarzen Peter zuschieben. Im übrigen ließen auch die Krankenkassen gegenüber dem Bundesarbeitsministerium stets durchblicken, daß sie aus Kostengründen (Pflugesätze würden zusätzlich belastet!) eine Festbesoldung aller Krankenhausärzte ablehnen. Dies wurde erst kürzlich in einem für das Bundesarbeitsministerium bestimmten Dossier der Krankenkassen erneut sichtbar.

Daß die Krankenhausträger selbst zu einer sparsamen Wirtschaftsführung der Krankenhäuser beitragen und den Kostentrend in den Griff bekommen wollen, daran ließ Professor Müller in Bonn anlässlich des Pressegesprächs keinen Zweifel.

Er wiederholte die alte Forderung der Krankenhausverbände, Nachsorgekliniken, semistationäre Einrichtungen wie beispielsweise Tag- und Nachtkliniken und sogenannte Hostels in enger Nachbarschaft mit dem Akutkrankenhaus zu errichten.

Diese Einrichtungen bedeuten nach Ansicht der Krankenhaus-sprecher keinen Eingriff in die ambulante ärztliche Versorgung und in die freie Berufsausübung des niedergelassenen Arztes. Solche Einrichtungen, die durchaus mit dem neugefaßten und erweiterten Krankenhausbegriff des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Einklang zu bringen seien, seien weniger kostenintensiv, da durch eine funktionsgerechte Einweisung der Krankenhauspatienten weniger Pflegepersonal notwendig sei und eine sparsamere Vorhaltung betrieben werden könne als im herkömmlichen Akutkrankenhaus. In früheren Veröffentlichungen wurde ein erzielbarer Kosteneinsparungseffekt in Höhe von 25 bis 30 Prozent gegenüber dem konventionellen apparate-intensiven Krankenhaus angegeben.

Kein Eingriff in die freie Praxis

Die Befürchtungen des Hauptgeschäftsführers des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Dr. med. Karl Jeute, die Krankenhäuser könnten eines Tages in den ambulanten Bereich über Ambulanzen und ähnlichen „Erfindungen“ eingreifen, wurde von Professor Müller als unbegründet zurückgewiesen. Die personelle Situation reiche dazu nicht aus und im übrigen trügen sich die Krankenhäuser nicht mit solchen Intentionen. Und: „Wenn wir erst die stationäre Krankenversorgung sichergestellt haben, können wir nicht Gefahr laufen, sie durch eine Erweiterung des Tätigkeitsfeldes der Krankenhäuser sofort wieder gefährden zu wollen.“

Kein Bettenüberangebot

Noch anlässlich des 7. Internationalen Krankenhaussymposiums An-

fang Februar 1974 in Düsseldorf wurden Äußerungen von Privatdozent Dr. Siegfried Eichhorn, Deutsches Krankenhausinstitut, so in der Presse interpretiert, als gäbe es in der Bundesrepublik bereits ein Überangebot an Krankenhausbetten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wollte indes von einem Überangebot nichts hören. Vielmehr müsse das Reservoir an Krankenhausbetten funktionsgerechter als bisher genutzt werden. In München beispielsweise könne erst jetzt durch die Fertigstellung der neuen Krankenanstalten der lokale Bedarf an Krankenhausbetten gedeckt werden. Ähnlich sei es in anderen Städten und Regionen.

Insgesamt gesehen schneidet die Bundesrepublik im internationalen Vergleich hinsichtlich der planmäßigen Krankenhausbetten in der Tat recht günstig ab: Sie liegt mit einer „Bettendichte“ von 113,5 auf je 10 000 Einwohner auf dem fünften

Tabelle 3: Krankenhauspersonal nach ausgewählten Berufen

Beruf	Berufstätige Personen am Jahresende			Zu- (+) bzw. Abnahme (-) 1972 gegenüber	
	1962	1971	1972	1962	1971
	Anzahl			%	
Ärzte insgesamt	32 146	50 121	52 827	+ 64,3	+ 5,4
und zwar:					
Fachärzte	19 265	23 400	24 262	+ 25,9	+ 3,7
Ärzte ohne Facharztstätigkeit	12 881	26 721	28 565	+ 121,8	+ 6,9
Hauptamtliche Krankenhausärzte	24 270	42 457	45 176	+ 86,1	+ 6,4
Belegärzte	7 546	6 668	6 508	- 13,8	- 2,4
Medizinalassistenten	4 597	5 150	5 289	+ 15,1	+ 2,7
Hauptamtliche Zahnärzte	147	696	744	+ 406,1	+ 6,9
Pflegepersonen (ohne Schüler)	118 935	190 750	204 450	+ 71,9	+ 7,2
darunter:					
Krankenschwestern	75 903	98 898	104 350	+ 37,5	+ 5,5
Krankenpfleger	10 740	15 446	16 087	+ 49,8	+ 4,1
Kinderkrankenschwestern	9 998	14 990	15 910	+ 59,1	+ 6,1
Krankenpflegehelfer		24 646	29 524		+ 19,8
Hebammen	5 437	5 532	5 358	- 1,5	- 3,1
darunter festangestellte	1 886	2 987	3 042	+ 61,3	+ 1,8
Apotheker	514	691	713	+ 38,7	+ 3,2
Med.-techn. Assistenten	9 473	14 471	15 598	+ 64,7	+ 7,8
Krankengymnasten	2 168	3 733	3 922	+ 80,9	+ 5,1
Masseuré und Med. Bademeister insgesamt	3 191	5 619	5 934	+ 86,0	+ 5,6
Sozialarbeiter	314	623	670	+ 113,4	+ 7,5
Verwaltungspersonal	28 431	39 996	42 347	+ 48,9	+ 5,9
Wirtschaftspersonal	141 446	185 398	188 973	+ 33,6	+ 1,9

Quelle: Wirtschaft und Statistik, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden, Heft 2/1974, Seite 91.

Krankenhausbehandlung

Platz hinter Schweden (149), Finnland (144) oder Japan (125). (Zum Vergleich: Großbritannien und Nordirland: 98, USA: 81, Südafrika: 62). Dabei ist klar: Die „Bettendichte“ allein ist noch kein aussagefähiger Maßstab für die Qualität der stationären Krankenversorgung eines Landes!

Die durchschnittliche Verweildauer betrug in Deutschland im Jahr 1972 rund 23,9 Tage; das waren 0,4 Tage weniger als ein Jahr zuvor und 4,8 Tage weniger als 1962. In den Akutkrankenhäusern allein sank sie von 21,3 Tagen im Jahr 1962 auf 17,8 Tage im Jahr 1972. Sie war also in den Akutkrankenhäusern durchschnittlich wesentlich kürzer als in den Sonderkrankenhäusern, in denen sie sich infolge der dort in erster Linie behandelten chronischen und Langliegefälle auf 71,5 Tage belief.

Hoher Auslastungsgrad

Der Auslastungsgrad der Krankenhäuser ist unvermindert hoch: Die planmäßigen Betten waren 1972 zu 87,4 Prozent belegt. Bei einem ziemlich kontinuierlichen Rückgang in den letzten Jahren hat die durchschnittliche Bettenauslastung 1972 ihren bisher niedrigsten Stand erreicht. Und dies, obwohl sich Geburt und Tod immer mehr im Krankenhaus abspielen: Im Jahr 1972 wurden bereits über 97 Prozent aller Babys in einem Krankenhaus geboren, zehn Jahre zuvor waren es nur knapp 75 Prozent aller Neugeborenen. Auch die Zahl der Sterbefälle in Kliniken hat sich in der jüngsten Vergangenheit von 45 Prozent (1962) auf jetzt 53 Prozent erhöht. 1972 wurden in deutschen Krankenanstalten damit ein Drittel mehr Sterbefälle registriert als 1962.

Im Hinblick auf die jetzt akut gewordene Frage der Behandlung von Abtreibungen im Krankenhaus betonte Professor Müller: „Kein Krankenträger, kein Arzt und keine Krankenschwester kann gegen den eigenen Willen dazu gezwungen werden, Abtreibungen

Investitionskosten pro Krankenhausbett 441 000 Mark

Jedes Krankenhausbett in den sieben nordrhein-westfälischen Universitätskliniken kostet den Steuerzahler fast eine halbe Million Mark! Wissenschaftsminister Johannes Rau (SPD), der eine kleine Anfrage des SPD-Abgeordneten Dr. med. Heinz Engelhardt, Köln, beantwortete, bezeichnete die Investitionskosten für das Zentralklinikum der Universität Köln als repräsentativ für ein Hochleistungs Krankenhaus. Das neue Kölner Uni-Klinikum kostet 507 Millionen DM und beherbergt 1136 Betten. Daraus ergibt sich ein Investitionskostenbetrag von 441 000 DM pro Krankbett. Die Kosten schlüsseln sich im einzelnen wie folgt auf: 265 000 DM für die stationäre Krankenversorgung und 176 000 DM für die Forschung und Lehre. HC

durchzuführen.“ In einem Briefwechsel von Frau Gesundheitsminister Dr. Katharina Focke mit der Krankenhausgesellschaft sei von amtlicher Seite ausdrücklich festgestellt worden, daß auch die Gewissensfreiheit der Krankenträger in dieser Frage voll akzeptiert werde, ohne daß dadurch etwa öffentliche Förderbeträge in Frage gestellt würden.

Krankenhausfürsprecher

Sehr sorgfältig will die Krankenhausgesellschaft das Experiment mit den sogenannten Krankenhausesprechern beobachten, wie sie seit Inkrafttreten des rheinland-pfälzischen Krankenhausreformgesetzes am 1. Januar 1974 in diesem Bundesland erstmals eingeführt worden sind (und in Niedersachsen als „Patientenanwalt“ geplant sind). Von Anfang an seien die

Krankenträger nicht davon überzeugt gewesen, daß es notwendig sei, eine solche Institution gesetzlich zu verankern. Zweckmäßiger wäre es vielmehr gewesen, Patientenfürsprecher auf freiwilliger Basis und im Modell zu erproben, um die notwendigen Erfahrungen zu sammeln. Keinesfalls dürfte das Amt des Patientenfürsprechers in die Mühlen des Parteienproporz geraten und betont politisch ausgerichtet werden. Die Krankenhäuser wären allerdings bereit, Personen zu akzeptieren, die etwas vom Krankenhaus verstünden und das spezifische Milieu kannten. Abträglich für eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Krankenhauspersonal einerseits und Patienten andererseits sei es, wenn ausschließlich Vertrauensleute von politischen Parlamenten gewählt würden, wie es sich in Rheinland-Pfalz in verschiedenen Städten bereits abzeichnet. Damit könne eine gewisse Politisierung eingeleitet oder das Amt zur Vollbeschäftigung gemacht werden.

Verbesserung der Psychiatrie

Energisch setzte sich Professor Müller für eine schnellere Verbesserung im psychiatrischen Bereich ein. Klagen über schlechte, alte Bauten und fehlende Gelder konterte der Krankenhausesprecher: „Auch in alten Häusern kann man gute Psychiatrie machen.“ Die Geisteskranken müßten endlich mit anderen Patienten gleichgestellt werden. Leider würden nur zögernd die geforderten psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen. „Augenwischerei“ nannte es Müller, wenn in kleinen 20-Betten-Stationen neurologische Fälle und leichte Erkrankungen behandelt, die Schwerkranken jedoch in die Landeskrankenhäuser abgeschoben würden. Zudem sei für eine gute Krankenhausversorgung – auch, und gerade in der Psychiatrie – eine umfassende Weiterbildung der Pflegekräfte ausschlaggebend.

Dr. Harald Clade