

Niederländisches Gesundheitssystem

Trotz „Seelenpauschale“ Sorgen mit den Krankheitskosten

Eindrücke von einer Studienreise der Hans-Neuffer-Stiftung

Harald Clade

Erste Fortsetzung

Krankenhäuser – meist privat-gemeinnützig

Das Krankenhauswesen der Niederlande ist weitgehend in privat-gemeinnütziger Trägerschaft organisiert. „Polikliniken“ nennen die Holländer ihr Ambulatorium am Krankenhaus, das aus einem „Staff“ von Fachärzten besteht. Diese Krankenhausfachärzte sind ebenso selbständig als „freie Unternehmer“ tätig wie ihre niedergelassenen Kollegen. Manche Fachärzte derselben Disziplin haben im Krankenhaus auch eine Gruppenpraxis. Auch die Assistenz in den chirurgischen Fächern und die notwendige Kooperation insgesamt lassen sich im Rahmen des krankenhausesärztlichen Stabes – eines Teams – offenbar ohne Schwierigkeiten regeln. Am Krankenhaus dominiert das Kollegialsystem; es gibt keinen Chefarzt, der eine Abteilung medizinisch leiten würde. Der ärztliche Stab und der Vorstand des Krankenhauses sind entscheidendes und leitendes Organ. Der Vertrag der Fachärzte mit den Krankenhausträgern stellt einerseits die Versorgung in der stationären Behandlung sicher und das rund um die Uhr; andererseits haben die an der Poliklinik tätigen Fachärzte Kassenzulassung und üben in der freien Praxis gegenüber den

Selbstzahlern ein privates Liquidationsrecht aus.

Hier ein Blick auf die Krankenhausstatistik: Gegenwärtig gibt es acht Universitätskliniken, das heißt, öffentlich-rechtliche Einrichtungen; 21 städtische Krankenhäuser, das heißt, ebenfalls öffentlich-rechtliche Einrichtungen, sowie 230 privatrechtliche, meist konfessionelle Anstalten. Von den Krankenhausbetten entfallen sechs Prozent auf die Universitätskliniken, 24 Prozent auf städtische Krankenhäuser und das Gros mit 70 Prozent auf privatrechtlich betriebene Häuser.

In den Universitätskrankenhäusern werden die Patienten der klinischen und poliklinischen Abteilungen von hauptamtlich am Krankenhaus tätigen Fachärzten betreut. Klinikchef ist der Ordinarius, der gleichzeitig für die Facharztweiterbildung verantwortlich ist. Heute werden mehr als 40 Prozent der Facharztanwärter an diesen Universitätskliniken zum Facharzt weitergebildet. Daneben fungieren auch Allgemeinkrankenhäuser als Facharztweiterbildungsstätte.

Man unterscheidet sogenannte A-Häuser mit voller Anerkennung zur Weiterbildung und B-Häuser mit zeitlich beschränkter Weiterbil-

dungsermächtigung. Die Facharztweiterbildung ist personengebunden. Die „Königliche Medizinische Gesellschaft“ regelt das Facharztwesen durch ein Dreiergremium, das sich aus Legislative, Exekutive und einer Juristenkommission zusammensetzt. Die Legislative legt die Kriterien zur Weiterbildung für die zur Zeit 28 Facharztrichtungen fest, wobei die Ermächtigung der Ärzte und der Ausbildungsstätten nach strengen Maßstäben erfolgt. Eine Facharztprüfung gibt es nicht. Unterbrechungen in der Weiterbildung bzw. Teilzeitweiterbildung sind zulässig. Mindestens alle fünf Jahre kontrolliert die Exekutive die Effektivität der Arbeit der ermächtigten Ärzte und Institutionen, auch dann, wenn es sich etwa um eine Universitätsklinik oder einen berühmten Professor handelt. Entsprechen die Prüfungsergebnisse nicht mehr den in 32 Punkten festgelegten Voraussetzungen, so kann die Ermächtigung zur Weiterbildung entzogen werden (Ingrid Hasselblatt: Fachärzte dominieren in Hollands Gesundheitswesen, in: Der deutsche Arzt, Heft 9/1975, Seite 24).

Die Größe und Bedeutung der Abteilung allein befähigt die dort arbeitenden Ärzte noch nicht, junge Facharztanwärter heranzubilden. Der weiterbildende Facharzt muß jährlich Rechenschaft über die Tätigkeit und Fortschritte des unter seiner Aufsicht arbeitenden Arztes geben. Das überwachende Komitee überwacht den Fortschritt und die Qualität der in Weiterbildung stehenden Ärzte. Am Ende der Weiterbildung steht die Eintragung ins Facharztregister und die eigenverantwortliche Tätigkeit im Fachbereich. Die Weiterbildungszeiten entsprechen im großen und ganzen den bundesdeutschen.

Von Bagatellfällen weitgehend entlastet

Da der Facharzt nur auf Überweisung tätig wird (auch wenn der Patient eine Brille benötigt, muß ihn der Hausarzt zum Facharzt überweisen), wird das Team der Fach-

ärzte weitgehend von Bagatellfällen entlastet. Der überwiesene Patient kann den Facharzt frei wählen. Der Hausarzt trägt auf der Überweisungskarte nur das Fachgebiet ein, empfiehlt aber meist einen oder zwei ihm namentlich bekannte Fachärzte. Durch diese Konstruktion werden weitgehend Doppeluntersuchungen vermieden, denn der Patient wird sowohl in der stationären Behandlung als auch bei der ambulanten Nachbehandlung vom selben Arzt, allenfalls von einem Teamkollegen weiterversorgt. Darauf führen Experten die im Vergleich zur Bundesrepublik niedrigere Krankenhausverweildauer von 15,5 Tagen zurück (Bundesrepublik 1974: 17,2 Tage).

Mit der beruflichen Unabhängigkeit und der freiberuflichen Tätigkeit der überwiegenden Zahl der Fachärzte an den Krankenhäusern korrespondiert die krankenhausesärztliche Struktur sowie das fachärztliche Honorarsystem. Wesentlicher Unterschied zum deutschen System ist der auffällige Unterschied im Verhältnis der Zahl der Fachärzte zu den Assistenzärzten, die noch nicht Fachärzte sind. Herausgestellt wird von Ärztesprechern, daß der Krankenhauspatient im größeren Maße als in der Bundesrepublik die Chance hat, von einem „vollendeten“ Facharzt versorgt zu werden, gleichviel ob man als Patient in der dritten Pflegeklasse oder als Privatpatient das Krankenhaus aufsucht.

Der überwiesene Krankenhauspatient hat zwar den Nachteil, nicht direkt einen Facharzt am Krankenhaus aufsuchen zu können, wird aber, wenn er einmal überwiesen oder einbestellt worden ist, meist noch am Aufnahmetag von einem kompetenten Facharzt nicht nur „angesehen“, sondern auch gründlich untersucht (P. Erwin Odenbach: Die Struktur des ärztlichen Dienstes am Krankenhaus, in: DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 18/1975, Seite 1271).

Die Honorierung der Krankenhausfachärzte ist unterschiedlich, je

nachdem, ob das Krankenhaus mit dem großen Pflegesatz (inklusive ärztlicher Leistung) oder mit dem kleinen Pflegesatz (ausschließlich ärztlicher Leistungen) arbeitet:

► In den Krankenhäusern mit großem Pflegesatz (sogenannte „Arzt-In“-Krankenhäuser) erhält der Facharzt für die stationäre Behandlung sozialversicherter Patienten ein Festgehalt. Für die poliklinische Tätigkeit wird er jedoch von den Krankenkassen direkt nach den amtlichen Gebührentarifen honoriert. Bei stationärer Behandlung von Privatpatienten, für die noch eine relativ große Zahl von Privatbetten vorgehalten wird, liquidiert der Arzt selbst, die ambulante private Tätigkeit des Arztes wird nach Einzelleistungen vergütet. Der Privatpatient honoriert den Arzt pro Visite oder Konsultation direkt. Dabei liegt eine privatärztliche Gebührenordnung zugrunde, die zwischen der Ärztevereinigung und der privaten Krankenversicherung ausgehandelt wurde und die ungefähr 50 Prozent über den Vergütungssätzen für Sozialversicherte liegt (dabei muß man allerdings berücksichtigen, daß die Gebührensätze bei fachärztlicher Behandlung von Sozialversicherten am Krankenhaus wesentlich höher sind als die vergleichbare Position in der deutschen GOÄ). Auch bei stationärer Behandlung liquidiert der Arzt extra. Über den Pflegesatz hinaus kassiert das Krankenhaus bei den Privatpatienten nichts mehr.

Die erwähnten „Arzt-In“-Krankenhäuser, von denen es in Holland etwa 20 gibt, stellen den Krankenkassen für die Behandlung der sozialversicherten Patienten den großen Pflegesatz in Rechnung, der sämtliche Kosten einschließlich der Arzt- und Investitionskosten umfaßt. Der Durchschnittspflegesatz in der allgemeinen Pflegeklasse des Akutkrankenhauses liegt zur Zeit bei rund 240 Gulden; im Akademischen Krankenhaus Amsterdam erreicht er in der dritten Klasse einen Spitzentagesatz von 303 Gulden.

► In den sogenannten „Arzt-Out“-Krankenhäusern – das ist die überwiegende Mehrheit der Anstalten – bezieht der Facharzt lediglich eine Pauschalvergütung für die Behandlung von Angestellten des Krankenhauses sowie für die Schulung des Pflegepersonals. Umgekehrt entrichtet der Facharzt für die Benutzung der poliklinischen Einrichtungen bestimmte Gebühren an das Krankenhaus. Ein Bettengeld für Benutzung der stationären Einrichtungen kennt man in Holland nicht. Dafür liegen die Pflegesätze bereits entsprechend höher.

Die Krankenhausfachärzte erhalten für die klinische und poliklinische Tätigkeit an sozialversicherten Patienten die mit den Krankenkassen ausgehandelten Honorare, die sich in den operativen Fächern nach Einzelleistungen richten, in den nichtoperativen Fächern sind es Komplexgebühren. Diese Honorarpauschalen sind degressiv gestaffelt.

Zentrale Honorarverhandlungen

Die Honorarverhandlungen werden für sämtliche Krankenhausärzte, gleichviel ob sie organisiert sind oder nicht, zentral geführt. Die Honorarvereinbarungen werden jährlich revidiert und sind landeseinheitlich. 1976 wurden die Honorare der 6000 niederländischen Fachärzte auf Grund einer Vereinbarung nicht erhöht (übrigens haben auch die 900 Apotheker auf eine Anhebung ihrer Preise als einen Beitrag zur Kostendämpfung verzichtet). Die durchschnittlichen Honorare der Fachärzte nahmen in den Jahren 1963 bis 1972 um etwas mehr als das Vierfache zu, während die Pauschalsätze der Hausärzte um weniger als das Dreifache stiegen.

In den „Arzt-Out“-Krankenhäusern vergüten die Krankenkassen den Anstalten den sogenannten kleinen Pflegesatz, der sämtliche Kosten, außer den Arztkosten, umfaßt. Die Krankenhauskosten sind regional unterschiedlich; dementsprechend vergüten die Krankenkassen differenzierte Pflegesätze. Die Vergü-

Niederlande

tung der Krankenhausleistungen ist in Kollektivvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geregelt und wird von einem Krankenhauskomitee überprüft. Als ein Vorzug des holländischen Systems wird von Ärzteorganisationen stets das völlig gleichberechtigte und gleichrangige Team der freiberuflich arbeitenden Krankenhausärzte herausgestellt. Die horizontale krankenhauserärztliche Struktur als Alternative zum hierarchischen Chefarztsystem bedingt völlig gleichartige berufliche und finanzielle Konditionen:

Die Fachärzte des Krankenhauses sehen sich als Freiberufler, die für die stationäre und ambulante Versorgung ihrer Patienten persönlich verantwortlich sind; sie haben für den weitaus größeren Ambulanzbereich den Status eines niedergelassenen Arztes in freier Praxis. In einer ausreichend großen Fachabteilung können sich zwei oder mehrere Fachärzte zu einer ärztlichen Assoziation zusammenschließen. Innerhalb dieser Gruppenpraxis haben sämtliche Ärzte dieselben Rechte, wenn auch der älteste und erfahrenste Arzt sich zum Sprecher seiner Gruppe macht.

Selbstverwaltung durch Ärztstab

Dem ärztlichen Stab gehören alle Krankenhausfachärzte an, außerdem sämtliche direkt oder indirekt mit der ärztlichen Behandlung befaßten akademischen Berufe, zum Beispiel der Hygieniker, Psychologe und Apotheker. Der Stab wählt einen Vorstand und einen Vorsitzenden, den Präsidenten. Der Vorstand ist der eigentliche Gesprächspartner des Krankenhausträgers. Es wird beispielsweise kein neuer Facharzt ans Krankenhaus berufen, ohne daß nicht die Zustimmung des Ärztstabes dazu eingeholt worden wäre. Mitspracherecht besteht ferner bei organisatorischen Entscheidungen wie beispielsweise der Angliederung einer neuen Fachabteilung oder der Frage von Anschaffungen. Außerdem werden interne Fragen beraten und bei Streitigkeiten in-



Blick auf das Akademische Krankenhaus Amsterdam, das über 630 planmäßige Betten verfügt und in welchem 2200 Fachkräfte beschäftigt sind Foto: DÄ

nerhalb des Stabes Vermittlungsversuche unternommen. Um zu vermeiden, daß sich hieraus eine Entscheidungshierarchie entwickelt, hat der Vorsitzende des ärztlichen Stabes nur beratende Stimme; dem Krankenhausträger gegenüber tritt er neutral als Sprecher aller Kollegen auf.

Der Vorstand tritt etwa einmal monatlich zusammen, der gesamte Stab zweimonatlich. Bei der Budget-Feststellung hat der Ärztstab nur beratende Funktion: Er kann zwar eine Erhöhung beantragen, er hat aber keine Handhabe dafür, diese Erhöhung auch durchzusetzen. Über die Verwendung des Budgets kann der Ärztstab mitbestimmen.

Der ärztliche Direktor ist meist ein vollbeschäftigter Krankenhausarzt; diesem zur Seite gestellt ist meist ein akademisch vorgebildeter Verwaltungsdirektor bzw. Krankenhausmanager.

Die Selbstverwaltungsrechte der ärztlichen Stäbe werden durch eine spezielle Stabsordnung geregelt. In ihr sind die Rechte und Pflichten der Krankenhausärzte gegenüber dem Stab festgesetzt, ebenso diejenigen gegenüber dem Krankenhausträger. Um zu vermeiden, daß sich die Stäbe der verschiedenen Krankenhäuser auseinander entwickeln, bespricht und berät eine überbetriebliche Kommission sämtliche Organisationsprobleme.

Nach anfänglichen Startschwierigkeiten haben sich die ärztlichen Stäbe und das Arbeiten im kollektiven Team selbständiger Krankenhausfachärzte bewährt. „Es brauchte Jahre, bis die Vorteile dieses Systems anerkannt wurden und es sich einspielte. Die Position der Krankenhausärzte ist dadurch weit besser gesichert worden“, so die Meinung von Dr. H. J. Overbeek, Mitglied der zentralen Ärztevereinigung in Utrecht.

Klare Zuständigkeiten

Infolge der klaren Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Hausarzt und damit allgemein- und familienärztlicher Versorgung auf der einen Seite und der krankenhauserverbundenen freiberuflichen Tätigkeit der Fachärzte andererseits sind Konkurrenzmomente zwischen beiden Arztgruppen weitgehend ausgeschaltet. Die vor- und nachstationäre Krankenversorgung, die extensive belegärztliche Tätigkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, das Arbeiten im Team, die demokratisch praktizierte Selbstverwaltung, die ständige Kooperation und Rückkoppelung zwischen Praxis und Krankenhaus scheinen in Holland weitgehend reibungslos zu funktionieren. Den Praktiker quält nicht die Sorge, den an einen Facharzt überwiesenen Patienten „auf Nimmerwiedersehen verloren“ zu haben – denn kein praktischer Arzt wird eine Überweisung zu ei-

nem Facharzt verweigern, falls dies medizinisch erforderlich ist, und dem Hausarzt bleibt als primäre Anlaufstelle ein auch beruflich befriedigender Aktionsradius.

Trotz dieser organisatorisch günstigen Konstruktion klagt auch Holland über einen wachsenden Krankenhausbettenberg, über die steigende Zahl der Krankenseinweisungen (über 12 Prozent der Bevölkerung sind über 65 Jahre alt) und ein noch nicht genügend funktionell differenziertes Krankenhaussystem, dessen Pflegesätze in der Periode 1968 bis 1973 jährlich um etwa 25 Prozent stiegen. Die Krankenhauspflege beansprucht heute bereits fast die Hälfte der Kosten des gesamten Gesundheitswesens.

Um die wachsenden Kosten in den Griff zu bekommen, hat man verschiedene Maßnahmen eingeleitet: Die Krankenhausplanung wird verstärkt und das Umfeld der etwa 260 Krankenhäuser soll durch den Ausbau von vor- und nachstationären Spezialeinrichtungen sowie durch die Verstärkung der allgemeinärztlichen Praxen (sogenannte erste Linie) verdichtet werden. Planziel des Gesundheitsministeriums ist es, in den nächsten fünf bis 10 Jahren den Bettenschlüssel von 5,6 Betten pro 1000 Einwohner (nur Allgemeinkrankenhäuser) auf vier pro 1000 Einwohner zu verringern, was 10 000 bis 15 000 Krankenhausbetten überflüssig machen würde. Darüber hinaus will man durch eine weitere Senkung der durchschnittlichen Verweildauer (15,5 Tage) Personal und Kosten sparen und den derzeitigen Stand von 24 Millionen Pflorgetagen und 1,3 Millionen Krankenhausaufnahmen pro Jahr zumindest halten.

● Wird fortgesetzt

Anschrift des Verfassers:
Dr. rer. pol. Harald Clade
Redaktion
DEUTSCHES ÄRZTEBLATT
Dieselstraße 2
5000 Köln 40 (Lövenich)

FERTILITY CONTROL

Zu der Rezension des Buches von Herbert Gruhl: „Ein Planet wird geplündert“ in Heft 11/1976:

Aufgaben der Ärzte

Herr Kollege Oeter hat die Bedeutung des Buches nachdrücklich unterstrichen. Er hat aber nicht das Kapitel des Buches besprochen, das gerade für uns Ärzte von ganz besonderer Wichtigkeit ist, das Kapitel „Selbst-Ausrottung durch Geburten“. Gruhl fordert „die radikale Einschränkung der Geburten.“ Denn es stehe eine Hungerkatastrophe ungeheuerlichsten Ausmaßes — der Hungertod von fünf bis sechs Milliarden Menschen in den nächsten zwei bis drei Jahrzehnten bevor. Unser Planet vermöge — nach bald vollendeter Ausplünderung — höchstens 1 1/2 Milliarden Menschen zu tragen und zu ernähren (Seite 167 des Buches). Die Menschheit aber zählt zur Zeit schon über vier Milliarden Menschen, werde den Mindestschätzungen der UNO nach im Jahr 2000 wenigstens 6, 7, wenn nicht acht Milliarden betragen. Dies unausweichlich. Die Verursacher dieser tödenden „Bevölkerungsexplosion“ aber sind paradoxerweise wir Ärzte durch unsere Erfolge „gegen den Tod“, welche „Erfolge“, aber nach obigem den Tod von fünf bis sechs Milliarden herbeiführen werden. Der oft anzutreffende Glaube, daß Europa, unsere Kinder, von dieser Weltkatastrophe nicht betroffen werden würden, wird auch von Gruhl gründlich zerstört. Auch in unserer Bundesrepublik gebe es jetzt schon rund 1/3 Menschen zuviel (Seite 310). „Es gibt (heute schon!) nicht zu wenig Arbeitsplätze, sondern zu viel Menschen“ (S. 179).

Mit dieser Problematik hat sich, weitgehend übereinstimmend, schon der Weltärztekongreß in Stockholm im September 1974 befaßt. Vgl. hierzu den Bericht im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT Heft 40 1974, der die Überschrift trägt: „Fruchtbarkeitsregulation als ärzt-

liche Aufgabe“, präventiv-medizinische Aufgabe, dessen Text ich entnehme: „Immerhin sind es die Medizin und die ärztliche Kunst gewesen, die mit der Eindämmung insbesondere der kindlichen Mortalität und der Verschiebung des durchschnittlichen Todeszeitpunktes zu der ‚Bevölkerungsexplosion‘ entscheidend mit beigetragen haben. Deshalb ist es nur logisch, daß zu den traditionellen ärztlichen Aufgaben der Krankheitsbekämpfung und der Verhinderung des vorzeitigen Todes auch die Steuerung der Fruchtbarkeit hinzutritt. Auf englisch klingt das wesentlich eindeutiger: Zu der ‚mortality control‘ und der ‚morbidity control‘ muß die ‚fertility control‘ kommen.“ „Wir Ärzte sollten für einen vernünftigeren Kurs hinsichtlich der Fortpflanzung des Menschengeschlechts wirken. Sonst werden wir uns womöglich im Kampf gegen neue Epidemien und Hunger verzehren müssen.“ So die Schlußsätze des Repräsentanten der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Kaprio . . .

Dr. med. B. Kattentidt
Florentinerstraße 20
7000 Stuttgart 7

NACHKARTEN

Zu dem Leserbrief von Dr. R. Luft in Heft 35/1975

2. Mose 20, Vers 16

Nachkarten — auf bayrisch „Nachtarocken“ — gilt nicht; so sagt man jedenfalls. Dies gilt offenbar nicht für Herrn Dr. R. Luft aus 852 Erlangen, Platenstraße 47! Nachdem ich mich mit 4 Arbeiten zum Problem der Reform des § 218 („Die Reform des § 218 aus psychosomatischer Sicht“ GEBFRA 32. Jg. Heft 6, „Aspekte und Kriterien der psychosomatischen Indikation“, DÄ 69. Jg. Heft 14, „Ordnungsdenken allein reicht nicht aus“, DÄ 71. Jg. Heft 1 und Schlußwort DÄ 71. Jg. Heft 51) geäußert hatte, räumte mir das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT am 19. 12. 1974 die Möglichkeit zu einem Schlußwort