

BERLIN

## Personalmisere wird hitzig diskutiert

Parteien und Gewerkschaften diskutieren leidenschaftlich über die Misere an den Berliner Krankenhäusern, in denen einerseits jahreszeitlich bedingt eine hohe Belegung, andererseits aber ein hoher Krankenstand auch beim Krankenhauspersonal zu verzeichnen ist.

Berlins Krankenhausbetten waren im Februar zu 88,9 Prozent belegt (ohne Betten für chronisch Kranke) bei einem durchschnittlichen Personalkrankenstand von rund 20 Prozent. Die Diskussion steht zum Teil im Zeichen des Wahlkampfes (am 18. März finden die Wahlen zum Abgeordnetenhaus statt).

Von ärztlicher Seite werden die Vorwürfe an die Adresse des Senats jedoch teilweise bestätigt. Deshalb hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in einer fast einstimmig gefaßten Entschließung Gesundheits senator Erich Pätzold aufgefordert, sofort Auswege aus dem Dilemma zu suchen. Die Delegiertenversammlung sieht einen engen Zusammenhang zwischen Bettenreduzierung und Personalnot: seit 1973 wurden in Berlin rund 1000 Krankenhausbetten „wegrationalisiert“.

Senator Pätzold hat inzwischen jeder Kinderstation der Berliner Krankenhäuser je eine zusätzliche Pflegekraft bewilligt.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Professor Dr. Wilhelm Heim, schlug auf einer Pressekonferenz die Schaffung einer „Feuerwehr“ vor, die bei Personalengpässen in den Krankenhäusern flexibel und unbürokratisch eingesetzt werden könne.

Inzwischen hat der Kommunistische Bund West-Berlin (KBW) ei-

nen Streik des Krankenhauspersonals wegen der ständigen Überlastung durch fehlende Planstellen angekündigt, und die Gewerkschaft ÖTV ruft für den 5. April zu einer Demonstration „für sinnvolle Reformen und gegen Sparmaßnahmen auf Kosten der Gesundheit“ auf. ees

## „Vielfache Teilnehmerzahl“ in der Fortbildung

Rund 10 700 Teilnehmer an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen wurden im Jahre 1978 allein bei der Ärztekammer Berlin (Akademie für ärztliche Fortbildung) und bei der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen gezählt.

Die Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung und der Landesverband Berlin des Berufsverbandes der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands benannten zusammen weitere 11 000 Teilnehmer. Hinzu kommen die Berliner Ärzte, die weitere Angebote in Berlin sowie Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb Berlins besuchen.

Alles zusammen ergibt, wie Gesundheitssenator Erich Pätzold auf die Anfrage eines FDP-Abgeordneten im Abgeordnetenhaus mitteilte, bei den Ende 1978 in Berlin tätigen 6904 Ärzten eine „vielfache jährliche Teilnehmerzahl in der Fortbildung“.

Auf einen weiteren Teil der Anfrage bestätigte Senator Pätzold die Notwendigkeit, Psychiatern, Internisten und Ärzten für Allgemeinmedizin vertiefte Kenntnisse über Diagnose und Therapie von Suchtkrankheiten, insbesondere der Alkoholkrankheit, zu vermitteln.

Der Senat werde daher diesen Bereich der Fortbildung mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln fördern. EB

NORDRHEIN-WESTFALEN

## Krankenhausbau künftig im Leasing-Verfahren?

Die Idee, künftig Krankenhausneubauten eventuell im Miet- oder Leasing-Verfahren zu erstellen und zu nutzen, hat anlässlich der parlamentarischen Beratung des Sozialtats für 1979 im nordrhein-westfälischen Landtagsausschuß für Arbeit, Gesundheit und Soziales neuen Auftrieb erhalten. Dieses Konzept hatte Arbeits- und Sozialminister Prof. Dr. Friedhelm Farthmann (SPD) bereits vor drei Jahren ins Gespräch gebracht. Damals hatte der Minister mit dem Vorstand der Westdeutschen Landesbank (West LB) entsprechende Finanzierungsmodelle erörtert. Die Landesbank war seinerzeit nicht abgeneigt, eine eigene Leasing-Gesellschaft zu gründen, um Krankenhäuser auf eigene Rechnung zu errichten und sie dann als Eigentümer an Krankenhausbetreiber zu vermieten. Die Befürworter der Leasing-Finanzierungs-lösung lockten damit, daß man beispielsweise bei einem jährlichen Mietaufwand von 500 Millionen DM den zehnfachen Wert an Investitionen (fünf Milliarden DM) finanzieren könne.

Inzwischen beurteilen Finanzierungsexperten der Landesregierung die Krankenhausfinanzierung mittels Leasing eher skeptisch. Das Verfahren sei „unsolid“, weil der Betrag ausschließlich für Zins und Tilgung des Darlehens eingesetzt werden müsse. Die dafür erforderlichen finanziellen Mittel dürften jedoch nicht im Vorgriff auf künftige Jahre ausgegeben werden.

Ähnlich skeptisch beurteilt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf, Miet- und Leasing-Finanzierungsmodelle. Die Gesamtkosten wären vergleichsweise höher als bei der herkömmlichen Finanzierung über langfristig gewährte Darlehen. Denn beim Leasing müßten neben

den Investitionskosten zumindest auch die Betriebskosten im Mietpreis berechnet werden. Außerdem wäre der Krankenhausnutzer lediglich in die Rolle des „Betriebsführers“ gedrängt, und zwar so lange, als das Eigentum nicht auf den Betreiber übergegangen sei. Dadurch könne sich die jetzige Trägerlandschaft sehr leicht verändern. Daran sind die Krankenhausträger aber nicht interessiert, sie wollen als Träger weiter das „Sagen“ haben.

Dagegen sei das Darlehensverfahren billiger als das Leasing-Verfahren. Denn nach § 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) kann anstelle von Zuschüssen der Schuldendienst von Darlehen, die der Träger auf dem Kapitalmarkt aufgenommen hat, vom Land übernommen werden.

Zunächst bleibt es beim bisherigen Finanzierungsverfahren; der Minister erklärte sich lediglich bereit, dem Ausschuß entsprechende „Denkmodelle“ vorzulegen. Für 1979 hat das Land für die Krankenhausförderung Gesamtausgaben in Höhe von 991 Millionen DM und 1,3 Milliarden für Verpflichtungsermächtigungen eingeplant.

Die veranschlagten Haushaltsmittel werden im wesentlichen für die Weiterfinanzierung der vor 1979 begonnenen Baumaßnahmen benötigt. Geplant sind sechs größere Krankenhausersatzneubauten sowie weitere sechs Teilneubauten und Ersatzbauten kleineren Umfangs. HC

## In einem Satz

**Krankenhausforschung** – Bis Ende 1981 stellen Bund, Länder und Gemeinden nach Maßgabe des § 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 54 Millionen DM (= 0,25 Prozent der Investitionsförderung) für Forschungsvorhaben auf dem Krankenhausesektor zur Verfügung. DÄ

## Planen und Steuern im Gesundheitswesen – aber wie?

Mediziner und Ökonomen diskutierten in Wildbad Kreuth

Zunächst viel Skepsis und deutliche begriffliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Medizinern und Ökonomen, dann aber fruchtbare Sachgespräche und sicherlich auf beiden Seiten neue Erkenntnisse brachte ein zweitägiges Expertengespräch über Instrumente und Mechanismen der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen, zu dem die Akademie für Politik und Zeitgeschehen der der CSU nahestehenden Hanns-Seidel-Stiftung im Februar in ihr Bildungszentrum Wildbad Kreuth eingeladen hatte. Das Programm der im wesentlichen auf Initiative von Professor Dr. Herbert Blaha, Gauting, zustande gekommenen Veranstaltung mußte zwar kurzfristig geändert werden (die aus Kiel erwarteten Vortragenden vom dortigen Sozialministerium und vom Institut für Gesundheits-System-Forschung saßen im Schnee fest), aber dafür sprangen zum Teil Gäste ein, und zudem gab es auf diese Weise noch mehr Zeit für die Diskussionen.

In seinem Eröffnungsvortrag „Planung als Prozeß“ erläuterte Diplomphysiker Mark Füllemann vom Institut für Operations Research der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich scheinbar sehr abstrakte Grundbegriffe, -bedingungen und -merkmale von Planungsprozessen in Wirtschaft und Gesellschaft. Der erste Anschein trog. In Wirklichkeit gab Füllemann eine bei aller Subjektivität – oder vielleicht: gerade wegen seiner Subjektivität – umfassende, verständliche und auch für Mediziner und Gesundheitspolitiker durchaus nützliche Einführung ins Planen.

Füllemanns Grundsätze: Planen heiße, eine Situation verändern zu

wollen (und zwar eine Situation, die man auch ändern kann). Man muß also eine genaue Zielvorstellung haben, wobei es jedoch manchmal genügt, auf scheinbaren „Nebenschauplätzen“ Änderungen herbeizuführen und abzuwarten, ob die „Umwelt“ sich dann so entwickelt, daß das planerische Ziel „von allein“ erreicht wird. Als unabdingbar notwendigen Bestandteil sinnvoller Planung betrachtet Füllemann die Kontrolle, die *begleitende* Kontrolle der Verwirklichung.

Hierzu ist es wichtig, sich über die Planungsebenen klarzuwerden: in Ressorts gegliederte staatliche Planung ist oft nicht aufeinander abgestimmt. Wenn dann zum Beispiel Parlamentarier versuchen, wieder zusammenzuführen, was einzelne Verwaltungsressorts auseinanderstrebend geplant haben, merken sie zu spät, daß sie mit dem Planungsauftrag auch Entscheidungsvollmachten aus der Hand gegeben haben. Daher müsse man sich klarmachen: Planungs- und Entscheidungsebene sind kaum voneinander zu trennen. Und daraus wiederum resultiert ein weiterer Grundsatz: Je höher die Planungsebene, desto mehr darf nur Rahmenplanung betrieben werden – Detailplanung gehört auf untere Ebenen.

Gewissermaßen „die andere Hälfte“ der Diskussionsgrundlage steuerte Ministerialdirektor Dr. Hans Schmatz vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung bei, der in seinem Vortrag das Gesundheitswesen in die soziale Marktwirtschaft einordnete und dabei zwei wesentliche Thesen herausarbeitete:

① Das Ordnungsprinzip Soziale Marktwirtschaft mit seiner Verbin-