

Aus dem Tätigkeitsbericht '79 der Bundesärztekammer (II)

## Die ärztliche Versorgung

● Fortsetzung von Heft 19/1979, Seite 1286 ff.

In Buchform haben Vorstand und Geschäftsführung der Bundesärztekammer dem 82. Deutschen Ärztetag den „Tätigkeitsbericht '79“ vorgelegt. Die Gesamtherstellung (mit flexiblem, neutral grauem Einband) oblag dem Deutschen Ärzte-Verlag, 5000 Köln 40 (Lövenich), Dieselstraße 2, bei dem der 348-Seiten-Bericht auch bezogen werden kann. Aus den zehn Kapiteln des Tätigkeitsberichts hat die Redaktion zuerst das Kapitel „Die ärztliche Versorgung“ zur Wiedergabe vorgesehen, und zwar im vorigen Heft „Allgemeinmedizin“ und „Fachgebiete“ sowie „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“, in diesem Heft „Arzt und Krankenhaus“. DÄ

### Arzt und Krankenhaus

Neben der freien Praxis nimmt das Krankenhaus in unserem Gesundheitswesen eine besonders wichtige Stelle ein. Sie beruht nicht nur auf der hohen ärztlich-wissenschaftlichen Bedeutung des Krankenhauses für die stationäre Behandlung von Patienten. In den letzten Jahren ist vor allem der Wirtschaftsfaktor Krankenhaus stark in das Bewußtsein der Politik und der Öffentlichkeit getreten. Das Krankenhaus hatte mehr noch als andere Bereiche des Gesundheitswesens überproportionale Kostenzuwachsrate; die Krankenkassen geben inzwischen fast jede dritte Mark aus ihrem Beitragsaufkommen für Krankenhauspflege aus.

### Bedeutung des Krankenhauses im Rahmen des Gesundheitswesens

Für die ärztliche Berufsorganisation hat das Krankenhaus Bedeutung als Beschäftigungsstätte einer ständig zunehmenden Zahl von Ärzten. Die Anzahl der Krankenhausärzte hat inzwischen die der niedergelassenen nahezu erreicht, wenn man die Medizinalassistenten mitzählt, schon erheblich überschritten. Am 1. Januar 1978 gab es nach den Zählungen der Bundesärztekammer 129 146 berufstätige Ärzte und Medizinalassistenten. Davon waren 56 157 in freier Praxis tätig, 62 726 Ärzte oder Medizinalassistenten arbeiteten

im Krankenhaus, weitere 10 263 in Verwaltung und Forschung. Einige Zeit erschien es so, daß eine größere Zahl von Ärzten eher bereit war, auf Dauer am Krankenhaus tätig zu bleiben. In letzter Zeit gab es jedoch wieder eine verstärkte Bereitschaft von Krankenhausärzten, sich nach Abschluß einer Weiterbildung in einem Gebiet und/oder Teilgebiet in freier Praxis allein oder mit anderen Kollegen niederzulassen. Dies wurde auch im Berichtsjahr besonders deutlich.

Jahrelang hat das Krankenhaus unter einem Mangel an Ärzten gelitten. Besonders in kleineren Krankenhäusern fehlten und fehlen teilweise noch heute Chirurgen, Anästhesisten und Spezialisten in anderen operativen Fächern. Auch heute ist – trotz kontinuierlich zunehmender Arztlzahl – dieser Mangel noch immer nicht voll ausgeglichen, vor allem hinsichtlich der qualifizierten fachärztlichen Versorgung. Das erklärt, warum noch immer eine große Zahl ausländischer Ärzte in deutschen Krankenhäusern tätig sind, und zwar nur zu einem Teil zu ihrer Weiterbildung. Zuletzt wurden am 1. Januar 1978 nahezu 9600 ausländische Ärzte in Krankenhäusern der Bundesrepublik und in West-Berlin gezählt, mehr als je zuvor.

Es wird unterschiedlich beurteilt, ob der Personalbedarf der Krankenhäuser in Zukunft weiter anwachsen, stagnieren oder sogar rückläufig sein wird. Dabei gibt es

## Arzt und Krankenhaus

einen von allen Beteiligten anerkannten Zielkonflikt zwischen der möglichen Optimierung der krankenhauserztlichen Versorgung – die einen überproportional wachsenden Personaleinsatz erfordert – und den wirtschaftlichen Konsequenzen, die sich aus der in den letzten Jahren besonders deutlichen Intensivierung der Krankenhausbehandlung und der Intensivierung der Medizintechnik mit einem veränderten Leistungsspektrum ergeben. Daraus erklärt sich auch die Notwendigkeit, die Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Krankenhausprobleme insgesamt in die Beratungen der Konzentrierten Aktion für das Gesundheitswesen (§ 405 a RVO) mit einzubeziehen.

### Zahlen aus der Krankenhausstatistik

Nach Angaben der zuständigen Behörden gab es am 31. Dezember 1976 im Bundesgebiet und im Land Berlin insgesamt 3436 Krankenhäuser mit 726 846 Betten. Die Zahl der Krankbetten ist gegenüber 1960 mit 583 313 demnach also um 143 533 gewachsen. Gleichzeitig ging die Zahl der Krankenhäuser, die 1960 noch 3604 betrug, um 268 zurück – ein Anzeichen für den sich hier vollziehenden Konzentrationsprozeß. Am 31. Dezember 1976 standen für je 10 000 Einwohner 118,3 Krankenhausbetten zur Verfügung. Am 31. Dezember 1960 waren es erst 104,6 Betten.

Die Anzahl der Mitarbeiter im Krankenhaus hat sich in der Zeit von 1960 bis 1976 von 360 000 auf 627 000 erhöht. In derselben Zeit wuchs die Zahl der Ärzte, wie schon erwähnt, stark an. Die Pflegepersonen haben von 112 200 auf 251 100 zugenommen. Die Zahl der Patienten stieg von 7,35 Mio. auf 10,66 Mio. im Jahr. Die Verweildauer (unter Einschluß der psychiatrischen und anderer Spezialkrankenhäuser) ging von 28,7 auf 21,5 Tage zurück, aber auch der Bettennutzungsgrad hat sich

verändert: von 93,2 Prozent im Jahre 1960 auf 82,6 Prozent im Jahre 1976. Diese Zahlen belegen, daß innerhalb von 16 Jahren die Behandlung von Patienten im Krankenhaus wesentlich intensiver geworden ist. Dies ist eine von mehreren Ursachen für den gestiegenen Personalbedarf und die damit insgesamt angestiegenen Ausgaben. Jeder Krankenhausarzt hatte am 31. Dezember 1976 im statistischen Durchschnitt 11,7 „Betten“, jede Pflegeperson 2,9 „Betten“ zu betreuen; Ende 1960 lagen diese Werte noch bei 18,9 bzw. 5,3 je planmäßiges Krankenhausbett. Allerdings sagen diese Zahlen wenig aus über die Leistung der Mitarbeiter; hier kommt es entscheidend auf die Anzahl der behandelten Patienten an.

### Krankhausgremien der Bundesärztekammer

Seit jeher hat die Bundesärztekammer für Krankenhausfragen besondere Fachgremien eingerichtet. Es bestehen zwei miteinander kooperierende Ausschüsse: „Arzt im Krankenhaus“, unter Vorsitz des Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Karsten Vilmar, und „Krankenhaus und Praxis“, unter Vorsitz des nordrheinischen Ärztekammerpräsidenten Dr. Friedrich-Wilhelm Koch. In beiden Ausschüssen wirken neben einer Reihe von Persönlichkeiten, die der Vorstand der Bundesärztekammer berufen hat, auch Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der am Krankenhauswesen interessierten ärztlichen Verbände mit.

Zu diesen beiden Ausschüssen tritt eine „Ständige Konferenz für Krankenhausfragen“, in die die Landesärztekammern sachverständige Vertreter entsand haben und über die insbesondere die Abstimmung der Kammern über krankenhauserpolitische Fragen erreicht werden soll.

Die Geschäftsführung für die Krankhausgremien hat der Vor-

stand der Bundesärztekammer übergangsweise dem bei der Ärztekammer Nordrhein tätigen Geschäftsführer Gerhard Vogt übertragen.

### Schwerpunkte im Berichtsjahr

Schwerpunkte der Krankenhauspolitik, die besonders auch die Ärzteschaft interessieren, waren im Berichtsjahr

► die Vorlage des Entwurfs eines neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes, mit dem die Gesetzgebung zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen fortgesetzt und zugleich angeblich mehr Selbstverwaltung im Krankenhauswesen eingeführt werden soll,

► damit zusammenhängend eine Diskussion über die staatliche Krankenhausbedarfsplanung, wobei zunehmend Kritik an deren Methoden und den vorgelegten Ergebnissen laut wurde,

► Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen über die personelle Besetzung der Krankenhäuser einschließlich bestimmter hierauf bezogener Forschungsvorhaben,

► Bemühungen, die Humanität im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhaus stärker als bisher zu fördern.

Auf Einzelheiten wird im folgenden eingegangen. Vorab und allgemein ist aber schon hier zu bemerken, daß neben Ärzten und Krankenhausträgern nunmehr auch die Sozialleistungsträger – allen voran die gesetzlichen Krankenkassen – im besonderen Maße die Mitwirkung in Krankenhausfragen beanspruchen. Die Sprecher der Krankenkassen vertreten dabei, über alle Unterschiede der Kassenarten hinweg, gemeinsame Auffassungen in vielen Fragen. Dies war gerade im Berichtsjahr besonders zu erkennen. Auch die Gewerkschaften haben sich stärker als früher in diesen umfangrei-

chen Fragenkomplex mit eigenen Vorschlägen und Vorstellungen eingeschaltet.

### Krankenhausgesetzgebung im Spannungsfeld zwischen Bund und Ländern

Die Gesetzgebung auf dem Gebiete des Krankenhauswesens ist nach der Aufgabenteilung des Grundgesetzes weitgehend Sache der Bundesländer. Der Bund besitzt nur eine Rahmenkompetenz für die Finanzierung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Von dieser Kompetenz hat er bei Erlass des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 29. Juni 1972 sowie bei der Bundespflegesatzverordnung vom 25. April 1973 Gebrauch gemacht; beide sollen, wie noch dargestellt wird, nunmehr novelliert werden.

Einzelfragen der Krankenhausbedarfsplanung und Krankenhausfinanzierung, teilweise auch der inneren Struktur der Krankenhäuser, haben die Länder in eigenen Landeskrankenhausgesetzen geregelt, und zwar in recht unterschiedlicher Form. Es ist zu erwarten, daß das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes den Ländern erneut Veranlassung zur Überprüfung ihrer Landesgesetze geben wird.

Die starke Stellung, die die Länder nach dem Grundgesetz in Krankenhausfragen haben, zeigte sich deutlich auch bei der bisherigen Beratung des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes. Die Länder waren dabei – oftmals unbeschadet der parteipolitischen Zugehörigkeit ihrer Repräsentanten – streng darauf bedacht, daß der Bund nicht in ihre Kompetenzen eingreift. Eine einheitliche Behandlung vieler Grundsatzfragen des Krankenhauswesens für das gesamte Bundesgebiet wird dadurch erschwert. Andererseits gewährleistet dieses föderalistische Prinzip aber auch die angemessene Berücksichti-

gung regionaler Besonderheiten im Gesundheitswesen.

Die Bundesärztekammer bemüht sich, die Landesärztekammern bezüglich der auf Landesebene bestehenden Initiativen zentral zu informieren, auf gesundheitspolitisch interessante Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene aufmerksam zu machen und die Kammern, soweit erwünscht, auch zu beraten.

### Grundlagen für die Haltung der Beteiligten, „Verwissenschaftlichung“

Die Bundesärztekammer geht bei ihrer Haltung zu Krankenhausfragen von den

„Thesen zur Reform der Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in freier Praxis und dem Krankenhaus“

aus, die der 80. Deutsche Ärztetag 1977 in Saarbrücken billigte und die der Vorstand der Bundesärztekammer am 24. 2. 1978 durch

„Thesen und Argumente zur Krankenhausfinanzierung“

ergänzte; letztere sind abgedruckt im Dokumentationsteil des Tätigkeitsberichtes 1978.

Die Bundesregierung, innerhalb derer nunmehr seit 1977 das Bundesgesundheitsministerium für Krankenhausfragen zuständig ist, bemüht sich durch eine Reihe von Gutachtenaufträgen, die wissenschaftlichen Grundlagen für ihre politischen Entscheidungen und Zielvorstellungen zu schaffen.

Dazu dienen nicht nur Vorhaben im Rahmen des bereits erwähnten „450-Millionen-Forschungsauftrags“, sondern auch Einzelaufträge, die im Berichtsjahr ausgeschrieben wurden. Hier seien drei besonders wichtige Themen erwähnt:

– die Einordnung von Krankenhäusern in ein abgestuftes Versorgungssystem. Es sollen praktikable Kriterien entwickelt werden, die eine sowohl in den finanziellen Auswirkungen wie bedarfsplanerisch sachgerechte Zuordnung der Krankenhäuser zu einzelnen Versorgungsstufen ermöglichen;

– Auswirkungen von Investitionsmaßnahmen in Krankenhäusern auf die Benutzerkosten. Es sollen für typische für die Gesamtkostenentwicklung wesentliche Fälle Möglichkeiten untersucht werden, wie Investitionen mit günstigen Auswirkungen auf die Benutzerkosten gestaltet und durch zusätzliche Investitionsmaßnahmen Einsparungen bei den Kosten erreicht werden können;

– Bedarf an Intensivpflegeeinheiten. Hier sollen Kriterien zur Bestimmung des Bedarfs an Intensivpflegeeinheiten, für ihre Zuordnung zu den einzelnen Krankenhäusern und zur Bemessung von Mindestgrößen im Hinblick auf eine wirtschaftliche Nutzung erforscht werden.

Erwähnt sei hier ferner die im Berichtsjahr vorgelegte, von der Bundesregierung veranlaßte Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, in der unter anderen Fragen der Pflegegestaltung und der „semistationären“ Behandlung im Krankenhaus behandelt werden (vgl. dazu weiter unten). Schließlich wurden Forschungsarbeiten zur häuslichen Krankenpflege vorgelegt, in denen untersucht wird, ob und wie teure Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

### Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Im „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“ von 1978 war ursprünglich auch eine grundlegende Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen. Hierüber gab es zahlreiche Meinungsverschiedenheiten; dar-

## Arzt und Krankenhaus

an scheiterte schließlich dieser Teil des Gesetzes. Er wurde auf den Einspruch des Bundesrates hin aus dem Gesetzentwurf für das KVKG abgekoppelt.

Nachdem das federführende Bundesarbeitsministerium zunächst in einer ungewöhnlichen Prozedur drei Vorentwürfe für ein neues KHG – mit denen es sich nicht unmittelbar identifizieren wollte – mit den Ländern und allen übrigen Beteiligten erörtert hatte, wurde schließlich im Frühjahr 1978 der offizielle Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ von der Bundesregierung eingebracht. Der Bundesrat gab dazu am 7. Juli im ersten Durchgang eine erste Stellungnahme ab. Seit Ende August liegt der Entwurf im Bundestag. Er wurde nach der ersten Lesung, die nach der Sommerpause des Parlaments stattfand, an die Ausschüsse für Arbeit und Sozialordnung sowie Jugend, Familie und Gesundheit zur fachlichen Beratung überwiesen. Am 15. November 1978 fand vor diesen beiden Ausschüssen eine ganztägige Anhörung statt, bei der die Bundesärztekammer – wie zahlreiche andere Organisationen von Ärzten, Krankenhausträgern, Kranken- und Rentenversicherern, Krankenhauspersonal sowie der Sozialpartner – Gelegenheit hatte, ihre zuvor abgegebene schriftliche Stellungnahme auf ergänzende Fragen der Abgeordneten zu erläutern und zu vertiefen.

Die Beratungen im Bundestag verlaufen nicht so schnell, wie das die Bundesregierung zunächst wünschte. Schon seit dem Herbst war ersichtlich, daß das Gesetz keineswegs schon zum zunächst fest vorgesehenen Zeitpunkt, dem 1. Januar 1979, in Kraft treten konnte. Die Bundestagsausschüsse nahmen erst Mitte März 1979 ihre Einzelberatungen auf. Verzögernd wirkt sich auch aus, daß das Bundesarbeitsministerium nicht – wie ursprünglich in Aussicht gestellt – zugleich auch den dazugehörigen Entwurf einer neuen Bun-

despflegesatzverordnung vorgelegt hat.

### Einbeziehung in die Konzertierte Aktion gefordert

Der Gesetzentwurf sieht eine noch stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die Konzertierte Aktion für das Gesundheitswesen vor, obwohl die Krankenhäuser schon nach der jetzigen Fassung des § 405 a RVO an allen Beratungen dieses Gremiums teilnehmen und mitarbeiten.

Die Bundesärztekammer forderte in ihrer Stellungnahme, der sich im ganzen die Kassenärztliche Bundesvereinigung angeschlossen hatte, daß auch das Krankenhaus den Geboten der Wirtschaftlichkeit zu unterwerfen ist und demzufolge voll in die Bemühungen um eine Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen einzubeziehen ist. Wenn Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen allgemein notwendig sind, müssen alle Leistungsbereiche eingebunden sein.

Allerdings wurde erneut darauf aufmerksam gemacht, daß sich die Kostenstrukturen im Gesundheitswesen – nicht nur im Krankenhaus – zwangsläufig auch in Zukunft anders entwickeln werden als in der Volkswirtschaft insgesamt. Insofern sind Zielkonflikte zwischen beabsichtigten Kostendämpfungsmaßnahmen aufgrund allgemeiner volkswirtschaftlicher Daten einerseits und der notwendigen Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und seiner ständigen Weiterentwicklung andererseits unvermeidlich. Insbesondere muß verhindert werden, daß Einsparungen im Krankenhaus nur durch schematische, dadurch oftmals problematische Reduzierungen der Stellenpläne oder sicherlich nicht gewollte Eingriffe in die Tarifhoheit zustande kommen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß zurzeit mehr als 75 Prozent der Betriebskosten der Krankenhäuser Personalkosten sind.

Wie diese Frage der verstärkten Einbeziehung in die Konzertierte Aktion letztlich geregelt wird, ist zurzeit noch offen. Die Krankenkassen setzen sich durch ihre Verbände für eine unmittelbare Bindung an die Entscheidungen der Konzertierten Aktion ein. Die Vertreter der Sozialpartner betonen dagegen, daß hierbei die Tarifautonomie nicht beeinträchtigt werden dürfe. Auch lehnen die Vertreter aller Arbeitnehmerorganisationen übereinstimmend eine Einsparung von Kosten zu Lasten der Beschäftigten ab. Andererseits will man aber, auch seitens der Gewerkschaften, im Hinblick auf die Kostenentwicklung in der Vergangenheit auf Leitlinien und Entscheidungshilfen nicht verzichten.

Bei der Beurteilung des Gesamtzusammenhangs ist zu beachten, daß nach dem sehr schnellen Kostenanstieg unmittelbar nach Inkrafttreten des KHG 1972 und der Bundespflegesatzverordnung 1974 (Konsequenz einer Kostenverlagerung mit in Kauf genommener Anhebung der Pflegesätze) die Steigerungsraten für die stationäre Behandlung nach Angaben der Kassen in den letzten Jahren ohnehin entscheidend zurückgegangen sind. 1976 betragen sie 9 Prozent, 1977 nur noch 7 Prozent und 1978 nur 5,5 Prozent. Die Krankenkassen sind der Meinung, daß die Kosten im Krankenhaus nicht schneller wachsen dürfen als die Grundlohnsummen; eine solche Disparität sei noch bis einschließlich 1976 zu beobachten gewesen und müsse für die Zukunft verhindert werden. Es ist aber fraglich, ob dies so schematisch beurteilt werden kann.

Nach Meinung der Bundesärztekammer sind kurzfristig überhaupt keine zusätzlichen Kostendämpfungseffekte durch die Konzertierte Aktion für den Krankenhausbereich zu erwarten. Dies wäre allenfalls langfristig vorstellbar, wenn es gelingen würde, kostensparende Strukturveränderungen im Krankenhauswesen durchzuführen. ▷

### **Bettenberg von 50 000 ist unbewiesen**

Im Rahmen einer Sitzung der Konzertierte Aktion im November 1978 und in einer Erklärung der Krankenkassenverbände unmittelbar vor dem Anhörungsverfahren zum KHG war davon die Rede, daß in der Bundesrepublik ein Überhang von etwa 50 000 Krankenhausbetten besteht.

Die Bundesärztekammer hat demgegenüber darauf aufmerksam gemacht, daß eine solche Höhe des Bettenberges unbewiesen ist: Die Kriterien für die Krankenhausbedarfsplanung in den einzelnen Bundesländern sind höchst unterschiedlich. Demzufolge führen sie auch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die Zahl von 50 000 ist lediglich das Ergebnis einer Addition der von den einzelnen Ländern ausgerechneten Überhänge aufgrund ihrer administrativen Bemühungen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, daß die sogenannten Bedarfsdeterminanten nicht hinreichend definiert sind und auch von der Sache her nicht ausreichen. Insbesondere fehlen Aspekte der Leistungsfähigkeit.

Außerdem hinken die Ergebnisse der statistischen Erhebungen, die der Bedarfsplanung zugrunde liegen, in aller Regel mehrere Jahre nach. Die entscheidenden Bedarfsdeterminanten, nämlich Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer, sind nach Meinung der Bundesärztekammer schließlich nur beschränkt objektivierbar und damit wenig aussagekräftig. Veränderungen der Morbidität können ebenso auf die Größen einwirken wie Veränderungen des Leistungsspektrums in Diagnostik und Therapie bei den niedergelassenen Ärzten und andere Umstände.

Es macht nachdenklich, wenn noch vor wenigen Jahren beinahe jeder Gesundheitspolitiker davon überzeugt war, daß wir zuwenig Krankenhausbetten hatten, während heute von einem Bettenberg geredet wird.

Die Bundesärztekammer hat daher in Übereinstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gefordert, daß bei dem amtlicherseits betriebenen Bettenabbau sorgsam und nur schrittweise vorgegangen wird. Zunächst muß man die noch teilweise bestehenden Unterversorgung in bestimmten Gebieten und Teilgebieten der Medizin sowie regionale Engpässe beseitigen. Erst dann kann man vorsichtig und unter Berücksichtigung der regionalen Aspekte an den Abbau nicht als notwendig errechneter Betten herangehen – wobei sich der Ansatz nach der Leistungsfähigkeit der Häuser und nicht nach der Anzahl ihrer Betten zu richten hat. Es wäre falsch, mit dem Abbau von Betten generell bei kleinen Krankenhäusern zu beginnen, wenn diese nachweislich leistungsfähig sind.

Im übrigen sei auch in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß der Abbau von Krankenhausbetten keine direkt-proportionale Kosteneinsparung zur Folge haben kann. Eine Verkürzung der Verweildauer und ein höherer Grad der Bettennutzung führen zwangsläufig zu einer höheren Behandlungsintensität. Damit muß – auf den einzelnen Pflage tag umgelegt – auch der Personal- und Sachaufwand anwachsen.

Es wäre daher notwendig, auf Dauer weitere Bedarfsdeterminanten zu entwickeln und aufzunehmen, um die Krankenhausbedarfsplanung zu verbessern. Dabei ist insbesondere auf die regionalen Verhältnisse im einzelnen Versorgungsgebiet abzustellen. Zentrale Berechnungen haben sich, wie sich schon nach wenigen Jahren, in denen Krankenhausbedarfsplanung rechnerisch betrieben wird, zeigt, zu häufig als illusorisch herausgestellt.

Man kann zusammenfassend also nur feststellen, daß in einer Reihe von Regionen – auch nach der vorzunehmenden fachlichen Umstrukturierung – rechnerisch ein Überangebot an Krankenhausbet-

ten besteht. Dieses dürfte wahrscheinlich aber bei weitem nicht so hoch sein, wie die Planer in manchen Bundesländern festgestellt haben. So geht zum Beispiel das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, das noch anlässlich der Konzertierte Aktion einen Bettenüberhang von 17 500 gemeldet hatte, inzwischen nur noch von einem solchen in der Größenordnung von weniger als 10 000 aus.

### **Mehr Mitwirkung der Ärzteschaft erforderlich**

Im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung entscheiden zurzeit letztlich nur die Länderministerien darüber, welcher Krankenhausträger an welchem Standort mit wieviel Betten ein Krankenhaus unterhalten darf. Die sonst Beteiligten, insbesondere Krankenhausträger und Ärzteschaft, haben einen zu geringen Einfluß und können Aspekte der Leistungsfähigkeit, der Bürgernähe und der Qualität für oder gegen ein Krankenhaus kaum vortragen. Demzufolge hat die Bundesärztekammer gefordert, das bisherige „Anhörungsverfahren“, das die Länder zu nichts verpflichtet, zu einem Mitwirkungsverfahren umzugestalten.

Eine solche Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft wird nicht nur bei der Krankenhausbedarfsplanung, sondern auch bei allen weiteren Entscheidungen, zum Beispiel bei Investitionen, bei der Abstimmung von Planungsunterlagen, bei der Aushandlung von Pflegesätzen und bei der Abgabe bundesweiter Empfehlungen, etwa über die Personalbesetzung verlangt.

Die Bundesregierung verbindet mit dem Gesetzentwurf erklärtermaßen die Absicht, die Selbstverwaltung zu stärken. Mit dem jetzigen Wortlaut wird das nicht erreicht. Zumindest erscheint es so, als werde Selbstverwaltung nur

unter dem Aspekt der Kostenträgerschaft und der Krankenhausorganisation gesehen. Unberücksichtigt bleibt, daß gerade die Ärzte für die Gestaltung des Gesundheitswesens in besonderem Maße verantwortlich und zugleich in allen einschlägigen Fachfragen besonders sachkundig sind. Daher muß die maßgebliche Mitwirkung des in den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Ärzte repräsentierten Sachverständs gewährleistet werden. Die ärztlichen Körperschaften erfüllen dabei eine Art von Gutachterfunktionen, indem sie den Sachverstand und die praktischen Erfahrungen all ihrer Mitglieder in die Planung der Behörden einbringen.

Auf keinen Fall will es die Bundesärztekammer hinnehmen, daß unterschiedliche Mitwirkungsrechte für die verschiedenen Gruppierungen eingeführt werden, wie das in dem Entwurf des neuen KGH vorgesehen ist.

### **Änderung des § 371 RVO gefordert**

Nach § 371 RVO in der Fassung des Kostendämpfungsgesetzes ist es den Krankenkassenverbänden möglich, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde eine stationäre Versorgung ihrer Versicherten in Krankenhäusern zu verhindern, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommen worden sind. Entgegen einer Interpretation von Bundesarbeitsminister Ehrenberg anlässlich der Verabschiedung des KVKG vor dem Bundesrat, die allgemein so aufgefaßt werden mußte und wohl auch so aufgefaßt werden sollte, daß es auch auf die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ankomme, haben viele Krankenkassenverbände grundsätzlich alle Häuser, die nicht in die Landeskrankenhausbedarfspläne aufgenommen wurden, auch von der stationären Versorgung ihrer Versicherten ausgeschlossen. Darin liegt für diese Häuser letztlich ein Entzug ihrer wirtschaftlichen Existenz.

Vor allem Privatkliniken und kleinere Krankenhäuser sind davon betroffen.

Die Bundesärztekammer hat gefordert, daß § 371 RVO in dem Sinne geändert wird, wie die Interpretation von Minister Ehrenberg seinerzeit allgemein verstanden wurde: Die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan darf nicht automatisch zur Verweigerung der Annahme des Leistungsangebotes durch die Krankenkassen führen.

Vielmehr ist in jedem Einzelfall eine Prüfung notwendig, ob ein Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet und über die in einem gestuften System von Krankenhäusern erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt. Dabei sollten dann insbesondere auch Aspekte der Bürgernähe und Humanität der Krankenhausversorgung berücksichtigt werden.

### **Weiterbildungsfragen gehören nicht ins Krankenhausfinanzierungsgesetz**

In der innerärztlichen Diskussion der letzten Monate hat die Frage eine Rolle gespielt, ob der Bundesgesetzgeber eine Vorschrift in das KHG aufnehmen soll, nach der die Krankenträger bei der Vergabe von Fördermitteln gezwungen werden können, Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte einzurichten. Gerade angesichts des Mangels an Allgemeinärzten und außerdem bei dem zu erwartenden Überangebot an weiterzubildenden Ärzten in der Zukunft scheint eine solche Vorschrift zunächst erwägenswert. Es ist aber sicher, daß Bund und Länder keine rechtliche Verpflichtung sehen, die Weiterbildung aller von den Hochschulen kommenden Ärzte zu gewährleisten. Sie sind, wie alle bisherigen Äußerungen von Verantwortlichen ergeben haben, auch nicht bereit, hierfür zusätzliche Finanzierungsmittel einzusetzen. Mit anderen Worten: aufgrund einer solchen Vorschrift

könnte keine einzige Planstelle zusätzlich geschaffen werden.

Das Problem des zurzeit noch immer zu geringen Nachwuchses an Allgemeinärzten wird von der Bundesärztekammer dabei nicht verkannt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz kann aber hier kein Instrument sein. Das muß auf andere Weise geschehen. Erinnerung sei hierbei an die Absprache zwischen den ärztlichen Organisationen und Verbänden einerseits und der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits über die Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte; diese Vereinbarung sollte verstärkt angewendet werden. Darüber hinaus hat die Konzertierte Aktion im Oktober 1978 sich für eine stärkere Weiterbildungsmöglichkeit für Allgemeinärzte eingesetzt. Insbesondere wird sich der zurzeit noch bestehende Mangel an jüngeren Allgemeinärzten mit zunehmender Zahl neu approbierter Ärzte abbauen lassen. Dabei wird die praxisbezogene Ausrichtung des Medizinstudiums sowie vor allem die Motivation in Richtung auf die Allgemeinmedizin eine wichtige Voraussetzung sein.

Über die Motive der Bundesärztekammer, die sich gegen gesetzliche Maßnahmen im Krankenhausfinanzierungsgesetz aussprach, hat es Spekulationen gegeben. Kritiker sollten sich aber davon überzeugen, daß Maßnahmen in diesem Gesetz von der Sache her nicht geeignet wären, das Angebot an Weiterbildungsplätzen im Krankenhaus insgesamt zu vergrößern.

Im übrigen gibt es formalrechtlich keine Kompetenz des Bundesgesetzgebers zur Regelung der ärztlichen Weiterbildung. Der Bund würde insoweit also unzulässigerweise in die Rechte der Länder eingreifen. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner bekannten Facharztentscheidung vom Mai 1972 das Recht der ärztlichen Weiterbildung ausdrücklich der Gesetzgebungskompetenz der Länder zugeordnet. Sie, die Län-

der, haben die statusbildenden Normen zu erlassen. Die Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts im einzelnen obliegt sodann dem autonomen Satzungsrecht der Ärztekammern.

Es sollte nicht verkannt werden, daß mit einer bundesgesetzlichen Regelung dieser Art die *Weiterbildung* in einem Gebiet nach der Weiterbildungsordnung zu einer Ausbildung werden könnte. Dann jedoch bestünde kein einheitlicher Arztberuf mehr; es gäbe vielmehr eine Vielzahl neuer Gesundheitsberufe, die sich aus dem ursprünglichen Arztberuf ableiten.

### **Pflegesatzverfahren, neue Bundespflegesatzverordnung**

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHG sieht zur Festsetzung der Pflegesätze Einigungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und privater Krankenversicherung einerseits sowie den Krankenhausträgern andererseits vor. Die Ergebnisse sollen sodann von der staatlichen Preisaufsichtsbehörde genehmigt werden. Die Vertreter der Krankenkassen und Ersatzkassen haben vorgeschlagen, hier ähnlich wie im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung das Aushandeln der Vergütungen ausschließlich den Vertragspartnern zu überlassen und für den Fall der Nichteinigung eine Schiedsamtlösung vorzusehen.

Hiergegen wehren sich jedoch die Krankenhausträger, die offenbar angesichts der geschlossenen Front der Krankenkassenverbände Zweifel daran hegen, ob die Ergebnisse immer zu der im Gesetz vorgesehenen und auch von der Ärzteschaft prinzipiell unterstützten vollen Kostendeckung führen werden.

Die Bundesärztekammer hat schon in ihren eingangs erwähnten „Thesen und Argumenten“ entscheidendes Gewicht darauf gelegt, daß die Beteiligten – Staat,

Krankenhausträger und deren Verbände, Krankenkassen und deren Verbände sowie die ärztlichen Organisationen – eine gleichgewichtige Stellung haben oder erhalten sollen. Es muß auch verhindert werden, daß durch Ersparnisse, die zu Lasten der medizinischen Versorgung gehen, der Versuch einer Kosteneinsparung gemacht wird, damit aber auch das Leistungsniveau gesenkt wird. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, daß es für eine sparsame Wirtschaftsführung der Krankenhäuser am besten wäre, wenn man so weit wie möglich den einzelnen Krankenhausträgern und vor allem den dort verantwortlich Tätigen eine dieser Eigenverantwortung entsprechende Wirtschaftsführung ermöglichen würde. Dazu gehört es auch, in alle Bereiche der Krankenhauspolitik sowie auch in die Verwaltung des einzelnen Krankenhauses mehr als bisher ärztlichen Sachverstand einzubringen und den in vielen Bereichen bestehenden unangemessen hohen Einfluß fachfremder Administration zurückzudrängen.

Nähere Einzelheiten des Pflegesatzrechtes sollen in einer neuen Bundespflegesatzverordnung geregelt werden. Auf Anfrage des Bundesarbeitsministeriums hat die Bundesärztekammer dazu schon in allgemeiner Form Stellung genommen. Ein in Paragraphen gefaßter Entwurf liegt jedoch noch nicht vor, obwohl dieser schon seit langem angekündigt wurde. Denn der Inhalt der Bundespflegesatzverordnung bildet mit den finanztechnischen Regelungen des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine sachliche Einheit.

Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer Stellungnahme dafür eingesetzt, die Pflegesätze stärker als bisher zu differenzieren. Der vollpauschalierte Pflegesatz soll – eine Forderung schon seit 1971 – durch eine Grundpauschale für die Grundleistungen des Krankenhauses ersetzt werden. Daneben sollen besondere Aufwendungen,

zumindest alle aus dem Rahmen des üblichen fallenden ärztlichen, pflegerischen und sonstigen medizinischen Leistungen gesondert berechenbar sein. Nur so wird eine gerechte Belastung der Kostenträger und selbstzahlenden Patienten mit den jeweils von ihnen verursachten Kosten erreicht.

Außerdem sollen Benachteiligungen zu Lasten einzelner Benutzergruppen beseitigt werden. Die Zuschläge für Komfortleistungen müssen einerseits die hierdurch entstehenden Mehrkosten decken, dürfen aber andererseits auch gewisse in der Verordnung festzulegende Obergrenzen nicht überschreiten. „Gewinne“ zu Lasten von Wahlpatienten dürfen nicht zugelassen werden.

Für Krankenhäuser in einer Versorgungsregion, die nach Art und Umfang in ihrem Leistungsangebot vergleichbar sind, sollten einheitliche Gruppenpflegesätze gebildet werden, wobei aber begründete Abweichungen von diesen Gruppenpflegesätzen möglich sein müssen. Bei der Gruppeneinteilung darf nicht nur auf die Anzahl der Abteilungen in einem Krankenhaus oder die Anzahl der Krankenhausbetten abgestellt werden. Vielmehr muß stärker auf die Aufgabenstellung sowie die medizinische und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser Rücksicht genommen werden. Es ist also insbesondere die konkrete Aufgabenstellung des einzelnen Hauses in einem gestuften System zu berücksichtigen, zum Beispiel auch die Subspezialisierung unter sonst vergleichbaren Krankenhäusern.

Generell sollte bei der Neufassung der Bundespflegesatzverordnung die Tendenz gefördert werden, die Eigenverantwortung und den Entscheidungsspielraum der Verantwortlichen zu stärken. Insofern sind Pauschalregelungen, die den Krankenhausträgern im wirtschaftlichen Bereich einen Spielraum lassen und damit entsprechende Anreize setzen, gegenüber

jeder Einzelabrechnung vorzuziehen – vorausgesetzt, daß die Pauschalen richtig ermittelt werden. Etwa erzielte Überschüsse sollten für andere gemeinnützige Zwecke im Rahmen ihres Aufgabenbereiches verwendet werden dürfen.

Die Grundsätze des Gewinn- und Verlustvortrages wären zu streichen. Sie haben sich für ein ökonomisches Handeln als leistungsfeindlich erwiesen. Ausnahmen vom Grundsatz der eigenverantwortlichen Wirtschaftsführung sollten nur zugelassen werden, sofern sich nach genauer Prüfung im Einzelfall ergibt, daß unvorhersehbare Tatbestände zu einem Verlust geführt haben.

### Arztabschlag umstritten

Die Sorge, daß Selbstzahler wie schon zumeist früher über Gebühr finanziell in Anspruch genommen werden und damit mittelbar die allgemeinen Pflegesätze zugunsten der Krankenkassen subventionieren, spielt auch eine große Rolle bei der Vorschrift über den sogenannten Arztabschlag vom Pflegesatz, der bei ärztlicher Behandlung als Wahlleistung vorzunehmen ist. Die im Gesetzentwurf hierzu enthaltene Vorschrift ist noch unklar. Die gesetzlichen Krankenkassen stehen einem solchen Abschlag aus begreiflichen Gründen ablehnend gegenüber und wollen ihn nach Möglichkeit nur für die belegärztliche Tätigkeit anerkennen. Der Verband der privaten Krankenversicherung wünscht dagegen, daß alle Arztkosten bei privatärztlicher Behandlung voll aus dem Pflegesatz herausgerechnet werden. Er lehnt auch den Ersatz des dadurch eintretenden Pflegesatzausfalls durch Abgaben der liquidationsberechtigten Ärzte an das Krankenhaus ab und verweist darauf, daß die sogenannten Full-time-Gehälter für leitende Krankenhausärzte für die Krankenkassen noch teurer würden.

Die Bundesärztekammer hält diese Angelegenheit noch nicht für

ausdiskutiert. Es wird entscheidend auch auf die Regelungen der neuen Bundespflegesatzverordnung ankommen. Jedenfalls ist die heute noch in vielen Krankenhäusern mehr oder weniger stark praktizierte Doppelbelastung der selbstzahlenden Patienten bzw. ihrer Kostenträger, die sich aus demselben Sachverhalt ergibt, abzulehnen.

### Kritik an der Grundkonzeption des KHG

Die von der Bundesregierung vorgeschlagene Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes basiert auf der unveränderten Gesamtkonzeption von 1972. Alternativen wurden nicht zur Diskussion gestellt, was angesichts der jahrelangen fachlichen und politischen Auseinandersetzungen über eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Zwar soll am Prinzip der Kostendeckung für das Krankenhauswesen festgehalten werden, ebenso aber auch an der „dualen Finanzierung“, also der Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand einerseits und der Aufbringung der verbleibenden Betriebskosten durch die Benutzer (Kassen und Selbstzahler) andererseits. Dabei kann ernsthaft bezweifelt werden, ob sich diese Lösung bewährt hat und ob es nicht richtiger wäre, andere Wege zu gehen. Derartige Zweifel sind nicht nur von der Bundesärztekammer, sondern auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft angemeldet worden.

Angesichts des derzeitigen Standes der Diskussion sowie der Festlegung der Bundesregierung und der Mehrheit des Bundestages auf den jetzt vorliegenden Regierungsentwurf erscheint es allerdings nicht realistisch zu sein, im gegenwärtigen Zeitpunkt Überlegungen für eine andere Finanzierungskonzeption weiter zu verfolgen. Im übrigen soll mit diesen Bemerkungen auch nicht die Bedeutung bestimmter Einzelkorrekturen

am KHG für die Struktur des Gesundheitswesens bagatellisiert werden. Andererseits gilt es aber auch, einem weiteren Ausbau einer staatlichen Krankenhausregie zu beugen.

### Fragwürdige Empfehlungen für die personelle Ausstattung

Unter diesem Aspekt ist insbesondere § 26 des Gesetzentwurfes brisant. Dort sind „bundeseinheitliche Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für Personal- und Sachkosten“, vorgesehen. Diese Empfehlungen sind, so heißt es weiter im Gesetzentwurf, bei der Gestaltung und Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen. Im Hintergrund stehen hier also unter anderem bundeseinheitliche Stellenschlüssel für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten, Pflege- und Verwaltungspersonal. Die Zuständigkeit für die Herausgabe solcher Empfehlungen soll allein bei den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft liegen. Mit anderen Worten: die Kostenträger und die administrativ geprägte Organisation der Krankenhäuser sollen praktisch allein Maßstäbe dafür setzen, wie die Patienten im Krankenhaus versorgt werden sollen. Die Mitwirkung der Ärzteschaft ist im Entwurf nur auf Umwegen gewährleistet. Es soll auf Bundesebene wiederum einen Beirat für Krankenhausfragen (§ 36 des Entwurfs) geben, der allerdings nur beratende Funktionen haben und dem darüber hinaus unter 25 Mitgliedern nur drei Vertreter der Ärzteschaft angehören sollen.

Unabhängig davon, daß die Zusammensetzung dieses Beirats im Hinblick auf die Vertretung der Ärzteschaft überprüft werden muß, reicht auch der Einfluß auf die Empfehlungen nach § 26 nicht aus. Die Bundesärztekammer hat daher beantragt, diesen § 26 ersatzlos zu streichen. Alternativ



muß zumindest die gleichberechtigte Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft im Hinblick auf ihre besondere Verantwortung und Sachkunde vorgesehen werden. In kaum einem anderen Land der Welt dürften die Strukturen der Krankenhäuser nach Trägerschaft, Größe und Aufgabenstellung so unterschiedlich sein wie in der Bundesrepublik Deutschland. Es ist deshalb mindestens schwierig, wenn nicht gar unmöglich, Empfehlungen zu erarbeiten oder Vereinbarungen zu treffen, die für alle Krankenhäuser eine unbeschränkte fachliche Geltung beanspruchen können. Es liegt vielmehr die Gefahr nahe, daß versucht wird, solche Empfehlungen schematisch auf das einzelne Krankenhaus anzuwenden, wie dies zum Beispiel in vielen Bundesländern mit den sachlich längst überholten Anhaltzahlen für die Personalbemessung im Krankenhaus aus dem Jahre 1969 geschah.

Wenn aber sogar der Vorschlag der Länder Wirklichkeit würde, der eine entscheidende Einflußnahme der Ministerialbürokratie auf diese Schlüsselzahlen zum Ziel hat, dann wäre der Weg zu einem bundeseinheitlichen Krankenhausstellenplan nicht mehr weit. Die Bundesärztekammer wird daher dieser Konzeption mit allem Nachdruck und mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln entgegen treten.

### Personalbedarfsfragen

Seit 1976 läuft im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums und unter Federführung des nordrhein-westfälischen Arbeitsministeriums eine Untersuchung „Personalbedarfsberechnungsverfahren – PBBV“. Dieses Forschungsvorhaben, das am 1. April 1978 begonnen hat und sich zunächst auf je neun Krankenhäuser in fünf Bundesländern erstreckt, bezieht sich auf die Disziplinen Chirurgie (einschließlich Wachstation), Innere Medizin (einschließlich Intensivpflege und Infektionsabteilung), Gynäkologie

und Geburtshilfe, Anästhesie, Labormedizin, Röntgen- und Strahlenheilkunde. Die Bundesärztekammer erhofft sich von diesem Forschungsvorhaben, das langfristig laufen soll und voraussichtlich erst im Herbst 1982 abgeschlossen sein wird, zuverlässige Aussagen darüber, wie unter gleichermaßen patientenbezogenen und wirtschaftlichen Aspekten der Bedarf an Krankenhauspersonal beurteilt werden kann, ohne daß schematische Richt- oder Normwerte festgelegt werden. Sie erhofft sich insbesondere, daß dabei auch der in manchen Bereichen noch bestehende Fehlbedarf an Personal erkannt werden kann. Leider ist die Psychiatrie, wo dieser Fehlbedarf besonders eklatant ist, aus Gründen der Praktikabilität von dem Bund-Länder-Ausschuß, der das Forschungsvorhaben steuert, nicht in das Programm aufgenommen worden.

Im Berichtsjahr ist die Arbeit des Forschungsteams durch projektbegleitende Ausschüsse ergänzt worden, in denen erfahrene Krankenhausfachleute aus dem ärztlichen, dem pflegerischen und dem Verwaltungsbereich maßgeblich mitwirken. Vertreter der Bundesärztekammer in dem projektbegleitenden Ausschuß auf Bundesebene ist der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar; sein Vertreter ist das Vorstandsmitglied Dr. Jörg-Dietrich Hoppe.

Die bisherige Arbeit dieses Forschungsteams hat schon zu ersten Beanstandungen geführt, insbesondere, was die Zielsetzung anbetrifft. Der federführende nordrhein-westfälische Arbeitsminister hat daher Ende Januar 1978 darauf hingewiesen, daß keinesfalls beabsichtigt sei, mit Hilfe des Vorhabens eine Zementierung des Status quo in der Personalbesetzung der Krankenhäuser zu rechtfertigen. Ziel des Vorhabens, so wurde betont, sei kein Personalabbau, sondern ein Verfahren, das den Krankenhäusern unter Berücksichtigung der jeweiligen Ziel-

setzung sowie der örtlichen und krankenhausespezifischen Gegebenheiten die Berechnung des leistungsbezogenen Personalbedarfs je Berufsgruppe/Fachabteilung ermögliche.

An diese Feststellung sollte in allen Phasen des Untersuchungsverfahrens gedacht werden, damit sich Vorgänge wie seinerzeit bei der Verbindlicherklärung der Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Zukunft nicht wiederholen.

### Anhaltzahlen von 1969 relativiert

Die Bundesärztekammer hat sich in Übereinstimmung mit den Landesärztekammern jahrelang auf verschiedenen Wegen dafür eingesetzt, daß die bekannten Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1974 und nicht diejenigen von 1969 auf die Personalbemessung in den einzelnen Krankenhäusern angewendet werden. In einigen Bundesländern hat man jedoch trotzdem jahrelang die Anhaltzahlen von 1969 nahezu schematisch allen Personalbedarfsanalysen zugrundegelegt.

Schon zu Beginn des Jahres 1976 hatten einige Länderminister, nach Beratung in der Gesundheitsministerkonferenz, die beteiligten Behörden angewiesen, bei künftigen Pflegesatzverhandlungen wieder von den 1969 erlassenen Anhaltzahlen unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Arbeitszeitverkürzung auszugehen. Sie nahmen dabei nicht zur Kenntnis, daß eine schematische Rückführung der Anhaltzahlen auf den Stand vor jetzt zehn Jahren zu einem Rückgang der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser führen müßte. Denn es wird insbesondere dabei nicht berücksichtigt, daß Fortschritte der Medizin den Personalbedarf verändert haben; besonders augenfällig ist dies zum Beispiel im Bereich der Anästhesie. ▷

Eine solche Haltung ist aus Gründen der Patientenversorgung nicht zu verantworten. Die starke Zunahme der Zahl der Krankenhausärzte in den letzten Jahren ist in der Veränderung der Arbeit der Ärzte, insbesondere der mit dem Fortschreiten der Medizin zunehmenden Spezialisierung zu suchen, ferner in dem Abbau der in anderen Bereichen schon lange nicht mehr üblichen Tarifregelungen, die den Ärzten eine längere Arbeitszeit abverlangte als anderen Mitarbeitern in unserem Staat.

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder hat nunmehr in ihrer 42. Konferenz am 2./3. November 1978 erklärt, daß die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 – fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche – nur als Näherungswerte und Orientierungshilfe anzusehen und die durch die medizinische Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs in Einzelprüfungen zu berücksichtigen sind.

Im übrigen wurde auch die Vorläufigkeit der Anwendung dieser Anhaltzahlen festgestellt: sie sollen gelten bis zur erforderlichen Vorlage von neueren und mit dem aktuellen medizinischen Entwicklungsstand besser übereinstimmenden Werten des Personalbedarfs.

Diese Entscheidung der Gesundheitsministerkonferenz kommt für einige Bundesländer spät. Letztlich ist aber zu begrüßen, daß sich jetzt allgemein die Einsicht durchgesetzt hat, daß Personalbedarfsprobleme nicht über einen Leisten geschlagen werden können.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, in welchem Umfang die Krankenhäuser künftig weiteres Personal aufnehmen können. Bei einem Abbau überhöhter Bereitschaftsdienste und Überstunden wären sicher zahlreiche neue Arztstellen an den Krankenhäusern einzurichten.

### Größenstruktur der deutschen Krankenhäuser, Katastrophenplanung

Die Personal- und damit Kostenprobleme im deutschen Krankenhauswesen lassen sich auch nicht durch Abbau von Krankenhausbetten so wesentlich beeinflussen, wie das oft behauptet wird. Nur wenn man vordergründig der Statistik folgt, wird mit jedem stillgelegten Krankenhausbett ein Mitarbeiter arbeitslos oder auf etwa je zehn Betten ein Arzt seiner Arbeitsstelle beraubt. In Wahrheit ist diese Rechnung falsch. Die Intensivierung der Krankenbehandlung unter verkürzter Verweildauer mit schnellerem Patientendurchgang muß zweifellos auch personelle Konsequenzen haben. Es wird also bei fortschreitender Konzentration der Behandlung in den Krankenhäusern schrittweise zu einer Anhebung der Personalschlüsselzahlen kommen müssen. Die Kostenersparnis durch Stilllegung von Krankenhausbetten läßt sich nicht so einfach darstellen, wie das immer wieder von interessierter Seite in der Öffentlichkeit geschieht.

Gerade deshalb, aber auch aus anderen, nicht zuletzt humanitären Gründen, ist der Schließung aller Krankenhäuser zu widersprechen, die sich als ärztlich-medizinisch leistungsfähig erweisen und von den Patienten ausreichend in Anspruch genommen werden.

Wie bereits dargelegt, bestehen ernsthafte Zweifel daran, ob allein die von den Ministerien der Länder erhobenen Daten über Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzung so weitgehende, tief in das Gefüge des Gesundheitswesens eingreifende Schlüsse bis zum Jahre 1985 erlauben, wie das bislang vielfach geschah. Jeder Stilllegung von Betten hat nach Auffassung der Bundesärztekammer zunächst die notwendige noch keineswegs überall abgeschlossene fachliche Umstrukturierung vorauszugehen. Beispielsweise ist an die wiederholten

Erklärungen der Sozial- und Gesundheitspolitiker aller Parteien zu erinnern, daß die psychiatrische Akutversorgung in die Allgemeinkrankenhäuser reintegriert werden soll. Dieser Prozeß steht noch am Anfang und muß fortgesetzt werden.

Erst nach der fachlichen Umstrukturierung kann sehr behutsam und unter entscheidender Berücksichtigung der regionalen und lokalen Verhältnisse der Abbau von Krankenhausbetten begonnen werden.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß er keineswegs nur bei den kleineren Krankenhäusern begonnen werden darf. Diese sind vielmehr dann zu erhalten, wenn sie sich als leistungsfähig erweisen. Die Probleme, vor denen die kleineren Krankenhäuser jetzt stehen, sind zu einem entscheidenden Teil dadurch entstanden, daß die Länder seit Jahren, teilweise schon lange vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972, mit ihrer staatlichen Förderung den Trend zum Ausbau oder zur Errichtung von größeren Krankenhäusern unterstützt haben. Gegen diesen Trend hat die Bundesärztekammer von Anfang an ihre Bedenken vorgetragen. Es wäre ein Fehlschluß zu glauben, daß gute Medizin nur in größeren Krankenhäusern gemacht werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, daß in einem gestuften System, wie es auch dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zugrunde liegt, Platz für leistungsfähige Krankenhäuser aller Größenstufen da sein muß.

Kleine Krankenhäuser erfüllen eine besonders wichtige Funktion im Sinne einer bürgernahen Versorgung. Kleine Krankenhäuser sind für Patienten und ihre Angehörigen viel leichter zu erreichen und gewährleisten am ehesten, daß der Patient in seinem gewohnten Lebenskreis integriert bleibt. Die Notwendigkeit einer bürgernahen Krankenhausversorgung zeigt sich gerade auch in Zeiten, in denen Verkehrsverbindungen, zum

Beispiel während des letzten strengen Winters, gestört waren.

Ein dezentralisiertes Netz von Krankenhäusern bietet darüber hinaus die Möglichkeit, in Katastrophenfällen ortsnahe Hilfe leisten zu können. Es bietet außerdem die Chance, das Gesamtsystem der stationären Versorgung weniger anfällig zu machen. Gerade der letzte Gesichtspunkt, daß eine Dezentralisierung der Krankenhausversorgung beim Ausfall einzelner Häuser bessere Erhaltungschancen für das Gesamtsystem bietet, ist in den bisherigen Diskussionen nicht ausreichend gewürdigt worden.

Ein Ergebnis der bisherigen staatlichen Krankenhauspolitik ist, daß bereits viele kleinere Krankenhäuser, deren Erhaltung wünschenswert gewesen wäre, aufgegeben haben. Die einseitige Zuwendung von Fördermitteln an die größeren Häuser hat verhindert, daß diese kleineren in ihrer Ausstattung, entsprechend den Notwendigkeiten der modernen Medizin, ebenso mitwachsen konnten, wie das den großen ermöglicht wurde.

Dabei wären voraussichtlich durch eine weniger zentralistisch geführte Förderungspolitik der Länder insgesamt keine Mehraufwendungen an Fördermitteln und keine Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstanden. Alle gegenteiligen Darlegungen gehen zu vordergründig von Einzelfaktoren aus und berücksichtigen nicht die vielfältigen wirtschaftlichen Abhängigkeiten, also das gesamte Beziehungsgeflecht der Kosten im Krankenhauswesen (vergleiche dazu auch die Arbeit von Dr. Ernst Bruckenberg im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT Heft 47/1978, Seite 2852).

Bundesärztekammer und Landesärztekammern können sich natürlich nicht für Krankenhäuser einsetzen, deren ärztlich-medizinische Leistungsfähigkeit in Frage zu stellen ist. Im übrigen haben zahlreiche Krankenhausträger

auch schon von sich aus Konsequenzen gezogen und ihr Haus geschlossen, verkleinert oder umstrukturiert. Das waren nicht immer nur Folgen der Planung, sondern oft allein nüchterne wirtschaftliche Überlegungen. Denn die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan ist heute kein zuverlässiges Mittel mehr, das Überleben eines Hauses zu garantieren, wenn es gleichwohl an Patienten mangelt. In manchen Bereichen hat in der Tat die Entscheidung der Patienten und sicherlich auch die Empfehlung von Ärzten dafür gesorgt, daß Häuser oder bestimmte Abteilungen nicht mehr zureichend belegt werden. Die hierdurch entstehenden Ausfälle konnten nicht aufgebracht werden.

Im Entwurf des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist vorgesehen, daß Krankenhäuser, die im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung schließen müssen, Ausgleichszahlungen erhalten. Sie sollen dazu dienen, ihnen entweder die Übernahme anderer Aufgaben oder die völlige Einstellung des Krankenhausbetriebs zu ermöglichen. Die Aussicht auf solche Stilllegungszahlungen dürfte der Grund dafür sein, daß manche Krankenhausträger, die zur Stilllegung oder Verkleinerung ihrer Häuser aus wirtschaftlichen Gründen schon von sich aus entschlossen sind, die Entscheidung der staatlichen Planungsbehörden abwarten, um so in den Genuß staatlicher Zahlungen zu gelangen.

Die Ablehnung einer weiteren Zentralisierung des Bettenangebots zu Lasten der kleinen Krankenhäuser schließt andererseits nicht aus, daß bei Hochschulkliniken deren Auftrag bei der Ausbildung von Medizinstudenten zu berücksichtigen ist. Ein zu starker Abbau von Betten führt hier dazu, daß immer mehr Studenten auf immer weniger Patienten entfallen und für diese Patienten dann ihre Rolle als „Objekt des Lernens“ vollends unzumutbar wird. Diese Feststellung führt in die Gesamtproblema-

tik der Bildungspolitik und der Praktikabilität der Approbationsordnung von 1972, auf die an dieser Stelle nicht näher einzugehen ist. Nach Auffassung der Bundesärztekammer, die auch in einer Entschließung des letzten Ärztetages zum Ausdruck kam, dürfen die Bettenkapazitäten der Hochschulen wegen der Aufgaben der Lehre überhaupt nicht voll in die Krankenhausbedarfsplanung eingerechnet werden. Dasselbe muß dann aber auch für die Krankenhäuser gelten, die außerhalb der Hochschule in die Lehre einbezogen sind.

Wenn den Hochschulen im Bereich der Krankenversorgung darüber hinaus vorwiegend Sonderaufgaben in den Teilgebieten und Subspezialitäten der Medizin zugedacht sind, ist die zu erreichende durchschnittliche Bettennutzung niedriger als bei anderen Krankenhäusern anzusetzen. Denn es ist wohl eindeutig, daß eine gleichmäßige Bettennutzung über das ganze Jahr hinweg desto weniger zu erreichen ist, je stärker das Bettenangebot fachlich spezialisiert wird; die Patienten werden nicht so gleichmäßig über das Jahr hinweg behandlungsbedürftig. Im übrigen bestehen Bedenken, ob die Zuweisung noch engerer Spezialaufgaben an die Hochschulkliniken in der Praxis funktionieren wird. Infolge der freien Krankenhauswahl, die auch in Zukunft dem Patienten erhalten bleiben muß, wird es sicher auch in Zukunft an den Hochschulkliniken Kranke geben, die keiner hochspezialisierten Behandlung bedürfen. Dies ist im Hinblick auf die ärztliche Ausbildung sicherlich auch gut so.

In einem Arbeitspapier der Konzentrierten Aktion wird festgehalten, daß alle Beteiligten anstreben, durch den schrittweise vorgesehenen Abbau überzähliger Krankenhausbetten keine zusätzlichen Beschäftigungsprobleme entstehen zu lassen und die vorhandenen Fachkräfte weiterhin im Gesundheitswesen zu beschäftigen. ▷

### Beirat nach § 7 Abs. 4 KHG

An der Koordinierung von Fragen der Krankenhausbedarfsplanung, aber auch weiterer Fragen der Krankenhauspolitik, wirkt der nach § 7 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 gebildete Beirat zur Beratung des Ausschusses für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser mit. Das Bundesgesundheitsministerium hat erst 1977 – praktisch mit einer Verspätung von fünf Jahren – die dafür notwendige Rechtsverordnung erlassen und damit die Voraussetzung für die Tätigkeit des Beirats geschaffen. Die Bundesärztekammer ist darin durch Dr. Vilmar (Bremen) und Dr. Bösche (Köln) als Mitglieder und Dr. Hoppe (Düren) und Dipl.-Volkswirt Wirzbach (Köln) als Stellvertreter vertreten.

Die bisherige Arbeit in diesem Beirat hat sich im Laufe der Zeit immer mehr auf allgemeine Fragen der Krankenhauspolitik erstreckt. Die Bundesärztekammer setzt sich für die Beibehaltung dieses Instrumentes bei einer Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein. Allerdings ist die Bundesärztekammer der Auffassung, daß die vorgesehene Ausweitung des Kreises der Mitglieder von 15 auf 25 nicht dazu beitragen wird, die Arbeitsfähigkeit dieses Beirates zu erhöhen. Im übrigen ist auch eine stärkere Beteiligung der Ärzteschaft in diesem Kreise zu fordern.

In der nächsten Zeit wird der Beirat sich vor allem mit Fragen beschäftigen, die im Zusammenhang mit der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung, mit der personellen Ausstattung der Krankenhäuser sowie der Problematik von Wirtschaftlichkeitsprüfungen stehen.

### Weitere Arbeit an der Krankenhausreform

Im Berichtsjahr wurden die Bemühungen um eine Realisierung der sogenannten Westerbänder Leit-

sätze von 1972 und der vom 80. Deutschen Ärztetag im Mai 1977 in Saarbrücken verabschiedeten „Thesen zur Reform der Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in freier Praxis und im Krankenhaus“ fortgesetzt.

Die überkommenen und dem heutigen Stand der Medizin und ihrer Differenzierung nicht mehr voll entsprechenden Krankenhausstrukturen stehen nach Auffassung des Ärztetages noch immer einer Verwirklichung dieser Reformvorstellungen im Wege. Eine Strukturveränderung soll überall dort eingeleitet werden, wo durch das Ausscheiden leitender Ärzte und die Neuschaffung von Abteilungen entsprechender Gestaltungsspielraum entsteht.

Dementsprechend haben auch die Krankenhausausschüsse der Bundesärztekammer wiederholt über eine weitere Konkretisierung der „Thesen“ beraten. Die Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die zum Ziele haben, allgemein die vom Ärztetag für richtig gehaltenen Strukturvorstellungen durchzusetzen, besonders aber auch die Vorstellungen zum kooperativen Belegarztwesen zu fördern, wurden fortgesetzt.

Auf dem 81. Deutschen Ärztetag im Mai 1978 in Mannheim wurde der Entwurf einer gemeinsamen Erklärung der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung vorgelegt. Er bildet die Grundlage für weitere Verhandlungen zwischen beiden Organisationen.

### Kooperatives Belegarztwesen

Ein besonderer Schwerpunkt der Reformüberlegungen der Krankenhausausschüsse war nach wie vor der Vorschlag für eine breite Realisierung des kooperativen Belegarztwesens. Es soll an die Stelle

des bisher noch vielfach üblichen Einzelbelegsystems treten und eine Reihe von Schwächen vermeiden helfen, die dort im Laufe der Zeit aufgetreten sind. Die Realisierung dieser Vorstellungen ist vor allem deshalb vordringlich, weil im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung in vielen Bundesländern die Tendenz besteht, Belegabteilungen abzuschaffen und durch hauptberuflich geleitete Krankenhausabteilungen zu ersetzen – ggf. unter gleichzeitiger Konzentrierung des Bettenangebotes.

Die Bundesärztekammer hat die Landesärztekammern erneut aufgefordert, diesen Tendenzen nachdrücklich entgegenzutreten und darauf hinzuwirken, daß soweit irgend möglich, an den schon bestehenden Belegabteilungen die kooperative Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte gleicher Fachrichtung eingeführt wird, wie sie der Ärztetag vorgeschlagen hat. Das kooperative Belegarztwesen ist geeignet, die Behandlungsbereiche Krankenhaus und freie Praxis sinnvoll miteinander zu verbinden und dabei dem Patienten eine leistungsfähige, durchgehende, ambulante und stationäre Versorgung durch denselben, von ihm frei gewählten Arzt zu gewährleisten.

Das Belegarztwesen ist auch in § 368 g Abs. 6 RVO in der Fassung des KVKG angesprochen. Die Vertragsparteien – Kassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen – haben auf eine leistungsfähige belegärztliche Versorgung hinzuwirken. In den Verträgen ist sicherzustellen, daß bei der Vergütung die Besonderheiten belegärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden und die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betrag steht, der bei Krankenhauspflege für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde. Der Hinweis des Gesetzgebers, daß auf eine leistungsfähige belegärztliche Versorgung hinzuwirken ist, gibt nach Auffassung der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer den Vorschlägen

des Ärztetages über das kooperative Belegarztwesen eine besondere Bedeutung.

Zur praktischen Realisierung wurden die Gespräche zwischen Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer fortgesetzt. Insbesondere sollen die 1959 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer vereinbarten „Belegarztgrundsätze“ dahingehend neu interpretiert werden, daß sie auch dem modernen kooperativen Belegarztwesen entsprechen. Ziel der Verhandlungen zwischen den Organisationen ist weiterhin, über Vertragsmuster für Belegärzte und Krankenhausträger einerseits sowie zwischen der Gemeinschaft der Belegärzte untereinander andererseits Absprachen zu treffen. Am 20. Januar 1979 wurde in Frankfurt ein Interessenverband der Belegärzte der Bundesrepublik Deutschland gegründet. Er hat es sich zum Ziel gesetzt, speziell und ausschließlich die Belange der Belegärzte zu vertreten sowie in der Öffentlichkeit auf die Effizienz und auf die kostensparende Tätigkeit in Belegkrankenhäusern hinzuweisen.

### **Umstrukturierung der Krankenpflege, vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus**

Im Frühjahr 1978 hat das Bundesarbeitsministerium ein dreibändiges Gutachten des Deutschen Krankenhaus-Instituts zur Umstrukturierung der Krankenpflege bekanntgegeben, das bereits im September 1977 abgeschlossen worden war. Diese Expertise wurde ursprünglich im Zusammenhang mit Überlegungen zur Öffnung der Krankenhäuser für die vor- und nachstationäre Behandlung noch vom Bundesgesundheitsministerium initiiert.

Die Studie befaßt sich in wesentlichen Teilen mit dem Vorschlag,

die Pflegeeinheiten im Krankenhaus nicht mehr – wie bisher allgemein üblich – fachlich zu strukturieren (zum Beispiel in innere, chirurgische, gynäkologische Bettenstationen), sondern allein oder überwiegend nach Art und Umfang der notwendigen ärztlichen und pflegerischen Versorgung.

Dabei wird dann – orientiert an der jeweils zu erwartenden Arbeitsintensität – der Pflegebereich primär nach Krankenpflegekategorien geordnet: Intensiv-, Normal-, Langzeit-, Minimal- und Teilzeitpflege. Für Minimalpflege und Teilzeitpflege wird der Oberbegriff „Semi-stationäre Versorgung“ verwendet, wobei sich hinter der Teilzeitpflege – wiederum in einer Zusammenfassung – die Versorgung in Tag- und Nachtkliniken mit begleitender pflegerischer Betreuung und/oder diagnostisch/therapeutischer Behandlung einerseits sowie die vor- und nachstationäre Versorgung in dem üblicherweise von der Ärzteschaft verstandenen Sinne andererseits verbirgt.

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, daß nur bei etwa 2,1 Prozent aller Patienten an eine Teilzeitversorgung zu denken wäre. Insgesamt kann nach Meinung des Deutschen Krankenhaus-Instituts durch die Differenzierung der Krankenhausaktivitäten eine personelle und finanzielle Entlastung der Krankenhäuser erreicht werden: durch einen geringeren Bedarf an vollstationären Krankenhauseinrichtungen und wegen verstärkter Orientierung des Personaleinsatzes an dem sich ändernden Pflegebedürfnis des Patienten. Insgesamt rechnet das Institut zugleich mit einer Senkung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer um etwa 1,5 Tage. Gleichzeitig damit werde jedoch der Krankenhausbetrieb intensiver und – umgerechnet auf die verkleinerte Anzahl von Pflegetagen – auch der Pflegesatz teurer werden. Bei einer Saldierung trete eine Ersparnis je Krankenhausfall von mindestens 100 DM ein.

Voraussetzung dieser rein rechnerischen Ersparnis ist allerdings, daß nicht gleichzeitig die Patientenfrequenzen erhöht werden. Es müßten daher Betten und Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern in diesem Umfang wirklich reduziert werden, um die verkürzte Verweildauer auch finanziell zur Geltung zu bringen. Vor allem seien die in der neuen Pflegestruktur liegenden Rationalisierungsmöglichkeiten noch nicht so weit quantifiziert, daß sie bereits allgemein in die Betriebs- und Bauplanung eingehen könnten.

Überhaupt noch nicht scheint überlegt zu sein, wie die hier vorgeschlagene Einstufung der Kranken in die verschiedenen Versorgungskategorien von den betroffenen Patienten und den Krankenhausmitarbeitern aufgenommen würde: Ob nicht mit einer immer stärkeren Spezialisierung und Rationalisierung der Krankenpflege eine Einseitigkeit entstünde, die das Pflegepersonal zu einer Art von Fließbandarbeiter werden läßt und dem Patienten noch mehr als bisher das unmenschliche Gefühl vermittelt, er sei nur Objekt in einer funktional bestimmten „Gesundheitsfabrik“. Denn immerhin müßten bei Anwendung der Kriterien des Deutschen Krankenhaus-Instituts durchschnittlich 53 Prozent aller Patienten während ihrer Behandlung von einem Pflegebereich in einen anderen überwechseln, davon 41,7 Prozent einmal, 10,6 Prozent zweimal und 0,7 Prozent dreimal.

Unter dem Aspekt der Struktur unseres Gesundheitswesens scheint aber am wichtigsten zu sein, daß mit dieser Untersuchung bewiesen wurde, daß die vor- und nachstationäre Behandlung durch die Institution Krankenhaus – lange Jahre ein Lieblingskind von Systemüberwindern – ökonomisch keinen nennenswerten Effekt haben würde. Diese Erkenntnis ist nicht zuletzt auch deshalb wichtig, weil § 371 RVO in der Fassung des Kostendämpfungsgesetzes die Landesverbände der Krankenkassen

ermächtigt hat, mit den Landesverbänden der Krankenhäuser Rahmenverträge über die allgemeinen Bindungen der Krankenhauspflege zu schließen und dabei auch allgemeine Regelungen über zeitlich begrenzte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus vorzusehen.

Soweit derartige Rahmenverträge überhaupt geschlossen werden, ist auch darauf hinzuweisen, daß nach dem Gesetzeswortlaut eine solche zeitlich begrenzte Institutsbehandlung im Krankenhaus nur für Patienten in Frage kommt, die der Kassenarzt zur Krankenhauspflege eingewiesen hat.

### Technische Kooperation zwischen Krankenhaus und freier Praxis

Im Hinblick auf die von der Ärzteschaft nach wie vor abgelehnten Bestrebungen zur Einführung einer vor- und nachstationären Behandlung durch die Institution Krankenhaus haben die Krankenhausgremien der Bundesärztekammer sich auch weiterhin darum bemüht, die technische Kooperation zwischen den Ärzten im Krankenhaus und in freier Praxis zu fördern. Insbesondere geht es darum, die in den näheren Einzelheiten in den Saarbrücker „Thesen“ niedergelegten Vorschläge hierzu auf breiter Basis durchzuführen.

Dem dient auch eine Ergänzung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte, die der Ärztetag 1976 in Düsseldorf zur Einführung empfohlen hat und die in den meisten Kammerbereichen inzwischen verwirklicht wurde. Danach ist der Arzt zu kollegialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln. Überweist der Arzt den Patienten an einen anderen Arzt, so hat er ihm die erhobenen Befunde zu übermitteln und ihn über die bis-

herige Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwas anderes bestimmt. Dies soll insbesondere, wie es in der Berufsordnung ausdrücklich heißt, auch bei der Krankenseinweisung und Krankenhausesentlassung gelten. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

Im einzelnen geht es insbesondere um die Durchsetzung und korrekte Ausfüllung der Krankenseinweisungsformulare, die Krankenhausesentlassungsberichte und ggf. auch die weitere Verfolgung des Vorschlags zur Einführung eines Krankenhausesentlassungsrezepts.

Die von der Bundesärztekammer und von vielen Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführten „Grünen Couverts“ zur Mitgabe von Unterlagen von einer Behandlungsstätte zur anderen sollen stärker als bisher verbreitet werden. Auf diese Vorschläge sollen in den Praxen insbesondere auch die Arzthelferinnen hingewiesen werden.

### Humanität im Krankenhaus

Angesichts der Zunahme der Arbeitsteilung und der fachlichen Spezialisierung im Krankenhaus – letztlich im Gesundheitswesen insgesamt – ist in immer stärkerem Maße von Patienten beklagt worden, daß sie im Betrieb eines solchen Hauses eher als Objekt denn als Subjekt behandelt würden. Es besteht inzwischen ein allgemeines Unbehagen über mangelnde menschliche Zuwendung gegenüber den Patienten, die sie gerade bei schwerer Krankheit in besonderem Maße vermissen.

Zweifellos handelt es sich bei diesem oftmals beklagten Mangel an menschlichen Beziehungen zwischen den im Krankenhaus Tätigen und den Patienten nicht um eine isolierte Erscheinung, sondern um die Konsequenz von Vorgängen, die unsere Gesellschaft insgesamt betreffen. Der Wille, neben der eigenen Person auch den

Nächsten zu sehen und ihm wenn nötig zu helfen, ist in allen Bereichen unseres Lebens nicht oder nicht mehr ausreichend entwickelt. Im Krankenhaus kommt dazu, daß die eigentlichen traditionellen Träger der Krankenpflege, nämlich die religiösen Gemeinschaften der beiden Kirchen, infolge Nachwuchsmangels ihre Tätigkeit immer mehr eingeschränkt haben.

Auf diese Entwicklungen wird seit Jahren hingewiesen. Der Deutsche Krankenhaustag 1977 befaßte sich intensiv mit diesem Thema, ebenso auch das 9. Internationale Krankenhaussymposium des Deutschen Krankenhausinstitutes im Februar 1979 sowie im Dezember 1978 in einer Verlautbarung die Gewerkschaft ÖTV. Die Ärztekammer Nordrhein hat schon zu Beginn des Jahres 1978 eine Aktion „Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus“ ins Leben gerufen, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die vorliegenden Erkenntnisse allgemeiner Art in konkrete Vorschläge umzusetzen.

Die ersten Ergebnisse hierüber wurden Ende 1978 bekanntgegeben. Damit sind Impulse für eine weiter gespannte Aktion auf Bundesebene gegeben, an der auch alle anderen Kräfte, die sich der Humanität verpflichtet wissen, beteiligen sollten.

Anfang Dezember 1978 hat auch die Gewerkschaft ÖTV „Vorschläge und Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus“ vorgelegt, die wesentlich auf die personellen Bedingungen der Mitarbeiter im Krankenhaus abgestellt sind.

□

● Die Veröffentlichung von Auszügen aus dem Tätigkeitsbericht '79 der Bundesärztekammer wird u. a. mit den Kapiteln „Arbeitsmedizin“, „Jugendarbeitsschutz“, „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ und „Ärzte in der Bundeswehr und im Zivildienst“ in den nächsten Heften fortgesetzt.