

## Pflegesatzverordnung: Forderungen der Krankenhausgesellschaft

Der längst angekündigte Referentenentwurf einer geänderten Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) läßt immer noch auf sich warten.

Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist damit beschäftigt, die zu ändernden Punkte aufzulisten und Bilanz von Expertengesprächen zu ziehen, die mit Betriebswirten, Krankenhaus-, Krankenkassen- und Wirtschaftsprüfern sowie Repräsentanten der Ärzteschaft stattgefunden haben.

Im wesentlichen geht es bei der notwendigen Synchronisierung von novelliertem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Pflegesatz-Novelle um fünf Problemkomplexe: Die Pflegesatzgestaltung, den Gewinn- und Verlustausgleich, die Betriebsmittelausstattung, die Leistungsgestaltung und -abrechnung sowie die gesondert berechenbaren Leistungen.

Anläßlich der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) am 15. Juni in Timmendorfer Strand hat der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Prof. Dr. med. Hans-Werner Müller, Düsseldorf, die Essentials seiner Organisation präzisiert. Danach soll das bereits in § 25 der KHG-Novelle (Entwurf) verankerte Recht, zu Jahresbeginn die Pflegesätze (*vorab*) *linear* anzuheben (wie dies bereits in einigen Bundesländern der Fall ist), durch präzise Regelungen in der Pflegesatzverordnung weiter konkretisiert werden. Dieses Verfahren sei für Krankenhäuser wie Kasernen gleichermaßen vorteilhaft. Einerseits würden Liquiditätsengpässe bei den Krankenhäusern vermieden, andererseits könnten die Krankenkassen aufgrund einer nachträglichen Ausgleichsrechnung die tatsächlichen Selbstko-

### DIE ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT INFORMIERT:

#### **Verzicht auf Zulassung methapyrirenhaltiger Arzneimittel**

Das Bundesgesundheitsamt hat am 2. August 1979 den von den nachgenannten Herstellern ausgesprochenen Verzicht auf die Zulassung für die im folgenden jeweils aufgeführten methapyrirenhaltigen Fertigarzneimittel bestätigt. Das BGA trifft die nach § 31 (Erlöschen der Zulassung) Abs. 4, Satz 2 Arzneimittelgesetz gebotene Feststellung mit Wirkung zum 1. September 1979.

1. Menley u. James Laboratories (Pharma) GmbH, Hildebrandtstr. 12, 3400 Göttingen:

Contac (Liquid, Schnupfenspray)

2. Eli Lilly GmbH, Postfach 27 20, 6300 Gießen 2:

Copyronitum (Kapseln, Suspension), Histadyl (Kapseln, Sirup), Hista-Clopane (Kapseln), Histadyl kompositum (Kapseln)

3. Woelm Pharma GmbH u. Co., Postfach 840, 3440 Eschwege:

Sedanoc (Tabletten)

4. Tiffapharm, Pharmazeutische Präparate, Ap. Dr. med. G. Knüss, Friedberger Landstr. 72, 6000 Frankfurt am Main:

Tiffaforte (Kapsel-Zäpfchen, Salbe)

5. Frede Weiskopf KG, Pharmazeutische Präparate, Wiener Str. 42, 6000 Frankfurt am Main:

Sedakolat (Tabletten)

sten nachprüfen und aufgrund sicherer Zahlen kalkulieren.

In der Selbstkostenrechnung sollen die gesondert berechenbaren ärztlichen (Wahl-)Leistungen getrennt erfaßt und bewertet werden. Um Doppelzahlungen zu vermeiden, sollte ein *bundeseinheitlich* geregelter *Arztkostenabschlag* (Vorschlag: acht Prozent) vorgeschrieben werden. Es sei zweckmäßig, die Wahlleistung „Arzt“ und damit die „Liquidationskette“ nur auf die angestellten Ärzte des Krankenhauses zu beschränken. Auch die Möglichkeit der Rückkopplung, das heißt, die Wahl des Arztes in Verbindung mit der gleichzeitigen Wahl eines Komfortzimmers sollte beibehalten werden.

Weiter wünscht die Krankenhausgesellschaft, die Ambulanzleistungen klar von den stationären Lei-

stungen abzugrenzen. Insbesondere seien die institutionellen Leistungen und Kosten des Hauses von denen der Ambulanzleistungen der Chefärzte zu trennen. In keinem Falle dürfe die privatärztliche Ambulanz den allgemeinen Pflegesatz kostenmäßig belasten.

Besonders teure diagnostische und therapeutische Verfahren sowie kostenintensive Heil- und Hilfsmittel sollten neben dem allgemeinen, vollpauschalierten Pflegesatz *ohne zeitliche Begrenzung* berechnet werden. Dazu unterbreitet die DKG einen Katalog von zwölf Leistungskomplexen, deren „Preise“ frei berechnet und deren Erlöse im Selbstkostenblatt zu isolieren sind. Die Kosten sollen jedoch nicht so hoch angesetzt werden, daß solche Möglichkeiten nur für wenige Spezialkliniken in Frage kommen. Als Grundregelung der Pflegesatzform wird →

trotz aller Mängel – der vollpauschalierte Pflegesatz befürwortet. Alternative Berechnungsformen, etwa degressive Pflegesätze, Fall- und Kostenpauschalen sollen auf freiwilliger Basis nur dann gegenüber den tagesgleichen Pflegesätzen zum Zuge kommen, soweit sich diese Verfahren bewähren und das Kostendeckungsprinzip gewahrt bleibt. Der Gewinn- und Verlustausgleich sollte abgeschafft und Überschüsse sollten den Häusern belassen werden (nicht vertretbare Verluste sind jedoch auszugleichen).

Kostenübernahme-Erklärungen, wie sie von der PKV angestrebt werden, könnten nur dann akzeptiert werden, wenn gleichzeitig Vorschußzahlungen vereinbart würden. (Ähnliches gilt für den RVO-Krankenkassensektor.)

Im Gegensatz zu den Kassen lehnt es die Deutsche Krankenhausgesellschaft ab, die Kosten der Instandhaltung und Instandsetzung künftig dem Investitionskostenbereich und damit den von der öffentlichen Hand zu übernehmenden Vorhaltekosten zuzuschlagen. HC

### **Behinderte Kinder: Keine Fahrtkostenerstattung für beide Eltern**

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen so zu ändern, daß künftig auch Fahrtkosten für *beide* Elternteile erstattet werden müssen, die bei der ärztlichen Betreuung körperlich behinderter Kinder anfallen. Dies erklärte Staatssekretär Hermann Buschfort in der Fragestunde des Bundestages. Die §§ 194 und 182 b der Reichsversicherungsordnung (RVO) ließen den Krankenkassen einen hinreichenden Ermessensspielraum, um diese Fragen eigenständig lösen zu können, erklärte der Staatssekretär des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. WZ

### **Pflegeberufe: Jede zehnte Stelle unbesetzt**

Der Behauptung, die Krankenhäuser hätten sich in den vergangenen Jahren „mit Personal vollgesogen“, ist jetzt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf, als Spitzenorganisation der 3416 bundesdeutschen Krankenhäuser mit konkreten Gegenbeweisen entgegnetreten: Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführte Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Pflegekräften in der Bundesrepublik Deutschland (sogenannte Krankenpflege-Enquete) ergab, daß heute bereits jede zehnte bedarfsnotwendige Stelle in den Krankenhäusern unbesetzt sei. Gegenwärtig gebe es 262 000 Pflegepersonen, der Bedarf hingegen sei auf 290 000 Planstellen zu veranschla-

ZITAT

#### **Kein Dogma**

„Die Kosten in Grenzen zu halten – trotz Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – ist eine dauernde Aufgabe. Dabei darf das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik nicht als Dogma mißverstanden werden. Notwendige Rationalisierungen im kosten trächtigen Gesundheitswesen dürfen sich nicht zu Lasten der Humanität für die Betroffenen (Patienten und Beschäftigte) auswirken.“

Werner Vitt, Mitglied des SPD-Parteivorstandes und stellvertretender Vorsitzender der IG Chemie, Keramik vor dem 16. Bundeskongreß der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG).

gen. Nach Berechnungen der DKG steige der Bedarf an Pflegekräften in den Krankenhäusern bis 1985 um weitere 30 000 auf 320 000 an. Bezogen auf den heutigen Bestand, seien danach in den nächsten Jahren 60 000 zusätzliche Krankenschwestern und Krankenpfleger erforderlich. Die Krankenhausgesellschaft führt diesen Zusatzbedarf im wesentlichen auf die in den Krankenhausbedarfsplänen erwartete und unterstellte weitere Verkürzung der Verweildauer zurück. Diese sei jedoch nur dann zu verwirklichen, wenn die pflegerische Versorgung intensiviert und der Personalaufwand vermehrt werde.

Die Krankenpflege-Enquete zeigt für 1985, daß der Pflegebedarf bis auf 12 000 Pflegekräfte reduziert werden könne, wenn der Zugang zu den pflegerischen Berufen in den nächsten Jahren in dem Maße weiter zunimmt, wie er in den letzten Jahren beobachtet wurde. Vordringlich sei aber, die bestehenden Ausbildungsstätten an den Krankenhäusern der erwarteten Nachfrage anzupassen. Zuvor müsse aber eine kostendeckende Finanzierung der beruflichen Bildung im Rahmen des Krankenhausesfinanzierungs- und Pflegesatzrechtes sichergestellt werden.

Spätestens 1990 wird eine erneute Zuspitzung der Personalprobleme der Krankenhäuser erwartet. Voraussichtlich ab Mitte der achtziger Jahre nehmen die Schülerzahlen stark ab. Auch bei einem verlängerten Mutterschutz von acht Wochen auf sechs Monate (Gesetzesvorlage der Bundesregierung) würden mehr als 4000 Krankenpflegekräfte zusätzlich benötigt.

Hinzu kämen weitere 3200 zusätzlich einzuplanende Pflegekräfte, wenn ein gesetzlicher Bildungsurlaub auf breiter Front realisiert würde. Noch utopischer wäre der Personalaufwand, wenn die 35-Stunden-Woche generell eingeführt würde: Geschätzter Zusatzbedarf bis 1985 dann: 45 000 Pflegekräfte! HC