

Warten auf die Krankenhaus- Novelle

Die Beratungen der Novelle zum sogenannten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind ins Stocken geraten. Auch läßt der längst angekündigte Entwurf einer ebenfalls zu novellierenden Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) immer noch auf sich warten. Es ist deshalb höchst fraglich, ob das neue Finanzierungsrecht zum 1. Januar 1980 in Kraft treten kann.

Der Elan der Bundesregierung, die Novelle zum sogenannten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in einem zweiten Anlauf zügig zu verabschieden, ist merklich abgeebbt. Nachdem der Krankenhausteil vom „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“ (KVKG) wegen des massiven Widerstandes vor allem der Bundesländer „abgekoppelt“ worden war, hatten die Gesetzesschmiede des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung geplant, dem erstaunlicherweise schnell reparaturbedürftigen „Jahrhundertgesetz“ in einer Einzelnovelle spätestens zum 1. Januar 1979 eine Reihe „kostendämpfender“ und „strukturverbessernder“ Regulative aufzupropfen.

Die Beratungen in den zuständigen Bundestagsausschüssen sind inzwischen nach zeitraubenden Verhandlungen abgeschlossen worden. Obgleich die Krankenhausfinanzierungsnovelle keine „große Lösung“ erwarten läßt, hält das Tauziehen um mehr Wirtschaftlichkeit, größere Mitsprache- und Mitwirkungsrechte vor allem der Krankenkassen und der Ärzteschaft in allen wichtigen Finanzierungs- und Planungsfragen sowie bei der Neuabgrenzung der Rollen der Beteiligten unvermindert an. Die zweite und dritte Lesung des durch die Länderkammer zustimmungsbedürftigen Gesetzes im Deutschen Bundestag war für diesen Frühherbst angekündigt worden. Jetzt verdichten sich aber bereits Zweifel, ob die Novelle so zügig weiterberaten werden kann, um zum 1. Januar 1980 in Kraft zu treten.

Alternative Finanzierungs- und Planungsmodelle sind erst gar nicht gründlich erörtert worden. Auch der längst angekündigte Referentenentwurf einer ebenfalls zu ändernden Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) läßt immer noch auf sich warten. Dies ist um so unverständlicher, als das federführende Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bereits vor Jahresfrist einen detaillierten, acht Punkte umfassenden Fragenkatalog durch die betroffenen Organisationen und Verbände beantworten ließ. Das Ministerium hat sich lediglich darauf konzentriert, die zu ändernden Punkte aufzulisten, nachdem zuvor bereits „Expertengespräche“ stattgefunden hatten. ▶

Pflegesatznovelle noch nicht in Sicht

Eines dürfte aber jedem Krankenhausfachmann bewußt sein: Die KHG-Novelle muß sowohl sachlich als auch inhaltlich-definitiv abgestimmt und synchronisiert werden, sollte sie nicht im luftleeren Raum bleiben und sollten durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht von vornherein Weichen blockiert werden. Im wesentlichen geht es dabei um fünf Problemkomplexe: die Pflegesatzgestaltung; den Gewinn- und Verlustausgleich; die Betriebsmittelausstattung; die Leistungsgestaltung und -abrechnung sowie die Wahlleistungen beziehungsweise die gesondert berechenbaren Leistungen.

Daß die FDP nicht gewillt ist, die KHG-Novelle im Vorfeld des Bundestagswahlkampfes und aus taktischen Zugeständnissen den Bundesländern gegenüber platzen zu lassen, hat der sozialpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion Hansheinrich Schmidt (Kempten), MdB, erst kürzlich verdeutlicht. Seiner Meinung nach wäre es auch den niedergelassenen Ärzten auf Dauer nicht zuzumuten, gesetzlichen Vorschriften zur Kostendämpfung unterworfen zu sein, „während der naturgemäß kostenträchtigste Teil des Gesundheitswesens – die stationäre Versorgung – von entsprechenden Vorschriften verschont“ bliebe. Schmidt (Kempten) meinte, die Bundesländer gefährdeten die Kostendämpfung, wenn sie „weiterhin eifersüchtig auf ihren Kompetenzen beharren“.

Auch die Krankenkassen-Spitzenverbände stehen hier ungeduldig in den Startlöchern. Sie befürchten ebenfalls, daß die „schleppende Behandlung“ des Gesetzentwurfs und zahlreiche Änderungsanträge die ursprünglich formulierten Kostendämpfungsabsichten noch weiter „verwässern“ werden. Im übrigen sind die von den Krankenkassen wieder aufge-

wärmten Postulate nicht neu: sie wollen nicht nur, wie es der Gesetzesentwurf bereits vorsieht, die Pflegesätze mit den Krankenhaus-trägern *unmittelbar* aushandeln, sondern bei der Bedarfsplanung „verantwortlich“ mitwirken können. Darüber hinaus sollen die Krankenhäuser über den bereits in § 405 a Reichsversicherungsordnung (RVO) gesteckten Rahmen in die normativen Auflagen der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ einbezogen werden. Auch die „bundesweiten Empfehlungen über Maßstäbe zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit“ sollen ausschließlich in die *Ermächtigungskompetenz* der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenspitzenverbände gestellt werden.

Ärztlichen Sachverstand nutzen!

Wenn schon eine Gruppe durch „Kostendämpfungsmaßnahmen“ und „weitergreifende“ Regulative betroffen wird, dann sind dies auch und in erster Linie die am Krankenhaus Beschäftigten. Es ist deshalb ein berechtigtes und unvermindert geltendes Anliegen der Ärzteschaft, ebenfalls sachverstandig bei der Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung mit sprechen zu dürfen. Die Sprecher der Krankenhausberufe – an der Spitze der Marburger Bund sowie der Chefarztverband als Interessenvertreter der Krankenhausärzte – haben deshalb an die Bundestagsfraktionen appelliert, diese Essentials zu beachten. Insbesondere Empfehlungen und Richtwerte zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit sollten mit den Vertretern der unmittelbar Betroffenen beraten und konzipiert werden. In jedem Falle darf ein wie auch immer ausformulierter Gesetzentwurf nicht das erst 1972 hart erkämpfte Kostendeckungsprinzip der Krankenhäuser unterhöhlen, die Tarifhoheit der Sozialpartner unterlaufen und die Entscheidungsbefugnisse der Selbstverwaltung ignorieren.

Eminenter Wirtschaftsfaktor

Obgleich sämtliche Krankenhäuser vom 1. Januar 1980 an verpflichtet sind, eine komplette industriewirtschaftliche Kosten- und Leistungsrechnung einzuführen, ist noch völlig unklar, ob und wie die geplanten Novellen zum Finanzierungsrecht darauf Einfluß nehmen und kosten- sowie leistungsbewußtes Verhalten zu fördern in der Lage sind. Vordringlich und wünschenswert ist es, die Fortbildungsmöglichkeiten in den Bereichen der Krankheitsbetriebsführung und des -managements nachhaltig zu fördern. Immerhin sind die 3416 Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland zu einem eminent wichtigen „Dienstleistungs- und Wirtschaftsfaktor“ geworden. Sie können mit einer auch im internationalen Vergleich imponierenden Leistungsbilanz aufwarten: Insgesamt verfügen sie über 722 953 planmäßige Betten (durchschnittliche Bettenzahl pro Krankenhaus: 212). Ende 1977 waren in den bundesdeutschen Hospitälern 709 387 Personen beschäftigt. Dies bedeutet: Jeder 36. Erwerbstätige in der Bundesrepublik Deutschland ist – rein rechnerisch und im statistischen Durchschnitt betrachtet – bereits vom Krankenhaus angestellt. Das Anlagevermögen repräsentiert einen Wert von mehr als 108 Milliarden DM; der Jahresumsatz beträgt reichlich 35 Milliarden DM! Insofern hat der „Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus“ nicht nur eine wichtige gesundheitspolitische Versorgungsfunktion zu erfüllen, sondern ist auch wegen seiner arbeitsmarktpolitischen Vorrangstellung keine „Quantité négligeable“. Deshalb dürfen wie auch immer geartete amtliche Kostendämpfungsabsichten nicht ausschließlich unter den Primat der Ökonomie und der Rationalisierung gestellt werden. Andernfalls bleibt die Humanität auf der Strecke. Hilfesuchende Patienten ebenso wie teuer ausgebildetes Fach- und Pflegepersonal dürfen nicht durch eine „Aktion Rotstift“ regiert werden.

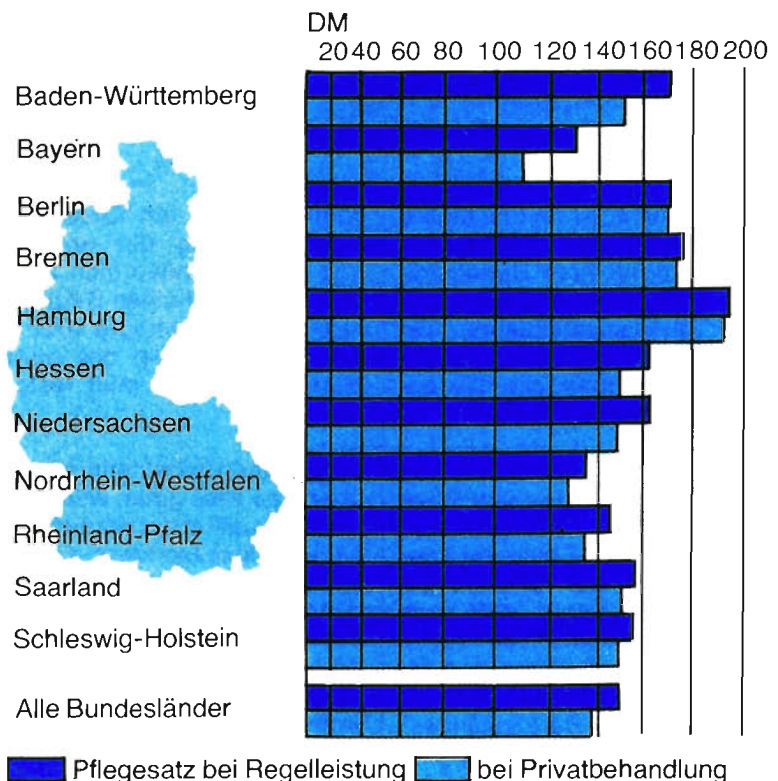
Kaum zu erwarten ist es, daß die avisierten Novellen die systemimmanenten Mängel und Schwächen des dualen Finanzierungssystems ausmerzen werden. So sind die einzelnen Kostenkategorien an der Nahtstelle zwischen Investitions- und Betriebskosten oftmals nicht genau abgrenzbar. Zwangsläufig ist es daher, daß je nach finanzieller Interessenlage und je nach der Strenge der Rechnungslegungsvorschriften die Kostenverschiebung und das Kompetenzgerangel beginnen. Für die Krankenhäuser ist es zudem ein Dilemma, bei der öffentlichen Finanzierung zwischen der *Einzelfinanzierung* auf Antrag oder der – verwaltungstechnisch einfacheren – *Pauschalierung* wählen zu können.

Weitere Schwachstellen sind der tagesgleiche, vollpauschalierte Pflegesatz und die verwaltungswirtschaftlichen Preis- und Finanzierungsvorschriften.

► Unter dem geltenden Preisrecht werden wirtschaftlich richtige Verhaltensweisen – sowohl der Krankenhausleitung als auch des Personals – weitgehend unterbunden. Jeder mögliche Rationalisierungserfolg läuft Gefahr, in der nächsten Pflegesatzrunde voll den Krankenkassen zugute zu kommen. Die Krankenhäuser hingegen profitieren von ihren Anstrengungen meistens nichts.

► Die uneingeschränkte Erstattung der betriebsindividuellen Selbstkosten „belohnen“ Unwirtschaftlichkeit, wirtschaftliches Gebaren bleibt jedoch unhonoriert. Auch externe Wirtschaftlichkeitskontrollen und noch so detaillierte Gutachten „unabhängiger“ Wirtschaftsprüfungsgesellschaften können wenig bewirken, wenn Krankenhausträgern und -verwaltungen jeder Ansporn zu zielgerichtetem Verhalten genommen wird. Es kann nicht angehen, daß Unwirtschaftlichkeiten in der Kostenrechnung verschleiert oder aber durch entsprechende Leistungseinschränkungen kompensiert werden.

Durchschnittliche Krankenhauspflegesätze



Quelle: PKV-Krankenhausdatei; Stand 30. Juli 1979

Nicht nur die betriebswirtschaftliche Arithmetik der Krankenhausbetriebsführung muß stimmen und durch eine staatliche Rahmengesetzgebung nachhaltig unterstützt und gefördert werden. Auch die immer knapper werdenden volkswirtschaftlichen Ressourcen erfordern ein effizienteres, *regionalisiertes Planungssystem*. Es sollte deshalb Ziel einer verbesserten Planung sein, regionale, fachbezogene und möglicherweise nur temporäre Überkapazitäten zu beseitigen und Versorgungsengpässe in anderen Sektoren zu überwinden.

Die Bürger haben einen Anspruch nicht nur auf „sozial tragbare Pflegesätze“, sondern auch auf eine bedarfsgerechte Versorgung mit bürgernahen qualifizierten Krankenhausleistungen. Zu einem gestuften System stationärer Versor-

gungsleistungen gehören notwendigerweise ebenfalls kleinere Krankenhäuser, sofern sie die Erfüllung ihrer Versorgungsfunktion bei wirtschaftlicher Arbeitsweise bewiesen haben.

Auch leistungsfähige Belegkrankenhäuser bedürfen weiter der staatlichen Förderung. Ihnen eine realistische Existenzchance zu erhalten, auch wenn sie nicht in den Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommen worden sind, liegt im Sinne wohlverstandener Bürgerinteressen, die der Gesetzgeber zu wahren hat. Dementsprechend sollte der vieldiskutierte § 371 der Reichsversicherungsordnung (RVO) geändert werden, und zwar im Sinne der Erklärungen von Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg vor dem Bundesrat (am 24. Juni 1977).

Dr. rer. pol. Harald Clade