

Die Krankenhäuser wollen nicht als Kostentreiber gebrandmarkt werden

Gespräch mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. jur. Klaus Pröbldorf

DÄ: Wie werten Sie die sehr unterschiedlich konzipierten Landesgesetze, insbesondere die Entwürfe, die sich auf unbedingt regelungsnotwendige Änderungen erstrecken und solche Entwürfe, die auch Landesregelungen im Hinblick auf die Gestaltung der inneren Struktur und der Betriebsabläufe vorsehen?

Dr. Pröbldorf: Es ist zu bedauern, daß sich die Länder nicht in föderaler Selbstdisziplin auf gemeinsame Grundsätze einigen konnten. Als Folge werden die bisher bundeseinheitlichen Regelungen über Krankenhausplanung und die öffentliche Förderung der Krankenhäuser in 11 völlig unterschiedliche Systeme umgeformt. Jedes Land geht seinen eigenen Weg – teilweise mit eigenen Termini oder aber, was schlimmer ist, unter Verwendung bisheriger Termini, die mit neuem landesspezifischen Inhalt versehen werden. Damit entwickelt sich neben der Rechtszersplitterung zugleich eine babylonische Sprach- und Begriffsverwirrung, die nicht ohne Rückwirkungen auf die Statistik, die Rechtsprechung und die zwangsläufig verprovinzialisierende Fachliteratur bleiben kann.

Von den Entwürfen verdienen jene den Vorzug, die – wie in Bayern und Niedersachsen – sich auf die notwendigen Regelungsbestandteile beschränken. Wenn z. B. Hessen ein Landeskrankenhausgesetz mit 43 Paragraphen und 10 Verordnungsermächtigungen anstrebt, ist dies ein falscher Weg. Die Krankenhäuser sind Wirtschaftsbetriebe, die Freiräume zur

Seit Mitte des vergangenen Jahres haben die Bundesländer eine Gesetzesnovelle zur notwendigen Ergänzung der Landeskrankenhausgesetze vorbereitet, zum Teil mit unterschiedlicher Regeldichte, -tiefe und -breite. Insgesamt haben neun von elf Bundesländern (außer dem Saarland und Bremen) Referenten-, Kabinetts- oder bereits in Kraft gesetzte Entwürfe publiziert und mit den Verbänden diskutiert (in Berlin und Niedersachsen sind die Landesanschlußgesetze bereits in Kraft). Die Redaktion des DEUTSCHEN ARZTEBLATTS hat Dr. jur. K. Pröbldorf, den Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf, zu einigen neuralgischen Punkten befragt.

Entfaltung von Eigengestaltung und Eigeninitiative benötigen. Staatliche Bevormundung ist demotivierend und schadet nur.

DÄ: Die Frühjahrsrunde der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat erstmals auch für den stationären Sektor der Krankenversorgung eine gemeinsame Empfehlung für die Ausgabenentwicklung abgegeben. Danach wird ein Gesamtleistungsausgabeanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 1986 von

3,25 Prozent erwartet. Welche Zwischenbilanz ergibt sich aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Abschluß der ersten Pflegesatzvereinbarungen? Wie ist die Pflegesatz-, „Wirklichkeit“, und können die vorgegebenen prozentualen Steigerungssätze eingehalten werden? Und wie steht es mit der vom Bundesarbeitsministerium und den Krankenkassen ausgegebenen Lösung, allein im Akutbereich müßten mindestens 50 000 Planbetten abgebaut, stillgelegt oder auf einen anderen sozialen Zweck umgewidmet werden?

Dr. Pröbldorf: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in der Konzentrierten Aktion eine Empfehlung mitgetragen, nach der von den Beteiligten erwartet wird, „alle Anstrengungen zu unternehmen“, den Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich im Rahmen der Grundlohnsumentenentwicklung zu halten, der im März auf 3,6 Prozent prognostiziert worden war. Die große Unbekannte ist die Mengenkomponente, die die Leistungen und Ausgaben der Krankenhäuser wesentlich beeinflusst. Die Zahl der in die Krankenhäuser eingewiesenen Patienten nimmt ständig zu. 1963 waren es 7,7 Millionen, 10 Jahre später waren es bereits 10 Millionen. Seit 1973 ist die Zahl auf 11,9 Millionen (1985) gestiegen. 1984 hatten wir einen Fallzahlenanstieg von 3,2 Prozent; 1985 waren es 2,2 Prozent.

Diese Entwicklung ist im wesentlichen durch den immer größer werdenden Anteil älterer Menschen bedingt, da mit zunehmendem Alter Krankheitsanfälligkeit und Krankenhaushäufigkeit zunehmen. Diese Mengen- und Strukturfaktoren sind deshalb in der Empfehlung offen geblieben.

Zu dem neuen Pflegesatzrecht liegen noch nicht genügend Abschlüsse vor, um eine erste Bilanz zu ziehen. Vielfach haben die Beteiligten für 1986 Übergangslösungen nach altem Recht gewählt. Wegen des Systemwechsels kön-

nen deshalb zur Kostenentwicklung noch keine Aussagen gemacht werden. Auch die bisher bei den Krankenkassen verfügbaren Daten für das 1. Quartal 1986 geben dafür noch nichts her. Es läßt sich deshalb heute auch noch nicht abschätzen, wie weit die Erwartungen des Gesetzgebers hinsichtlich einer Kostendämpfung als Folge des neuen Pflegesatzrechts in Erfüllung gehen werden.

Das von der Bundesregierung beschlossene Pflegeverbesserungsgesetz geht davon aus, daß Leistungsverbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege mit einem Kostenvolumen von zwei Milliarden DM jährlich geeignet sind, den Bereich der stationären Krankenhausversorgung zu entlasten und aus den daraus resultierenden Einsparungen die Kosten teilweise zu finanzieren. Die DKG hält dies für nicht realistisch und hat vor falschen Erwartungen gewarnt. Der Entwurf sieht vor, daß für schwerstpflegebedürftige Kranke höchstens 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat von bis zu 1 Stunde (für Behandlung und Grundpflege und hauswirtschaftliche Arbeiten) gewährt werden dürfen.

Die Anhörung von Sachverständigen hat bestätigt, daß es nicht realistisch ist zu glauben, dadurch werde in der stationären Krankenhausversorgung eine wesentliche Entlastung eintreten. Die DKG begrüßt alle Hilfeverbesserungen, die dazu führen, ambulant behandelungsfähige Patienten nur dann zur stationären Versorgung in Krankenhäuser zu überweisen, wenn dies unbedingt erforderlich ist.

Die Krankenhäuser sehen sich seit Jahren dem Vorwurf der Kassen ausgesetzt, es gebe erhebliche Überkapazitäten. Mal wird von 50 000, ein anderes Mal von 100 000 bis 150 000 Betten gesprochen, die abgebaut werden müssen. Das entspricht 750 Krankenhäusern à 200 Betten. Für keine der Zahlen existiert eine verlässliche Basis. Es handelt sich vielmehr um Schätzungen, Erwartungen und schlichtes

Wunschenken. Es kann nicht bestritten werden, daß es regional und sektoral Bettenüberhänge gibt, denen übrigens an anderer Stelle Versorgungsdefizite gegenüberstehen. Die Größenordnungen liegen allerdings bei realistischer Betrachtung weit unterhalb der genannten Dimensionen. Die Auslastung der Krankenhäuser lag 1985 trotz Verweildauerreduzierung bei 85 Prozent, im Jahr zuvor bei 83,5 Prozent.

Da dies auf die Mitternachtsbelegung abhebt, ist die faktische Auslastung weit höher. Als Folge sind jetzt bereits vielerorts Krankenhäuser überfüllt. Teilweise müssen Notbetten aufgestellt werden. Wer pauschale Zahlen nennt, verkennt die Realitäten, verkennt insbesondere Ausmaß und Folgen der Überalterung der Gesellschaft. Im übrigen ist zu berücksichtigen, daß seit 1977 rund 50 000 Betten abgebaut wurden und die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder darum bemüht sind, über den Bedarf hinausgehende Versorgungsüberhänge abzubauen, wobei sich in vielen Fällen eine Umwidmung zu anderen sozialen Zwecken, z. B. stationäre Versorgung von Pflegefällen, bietet.

Prioritäten setzen, „Finanzkuchen“ richtig verteilen

DÄ: Welche Wünsche und Forderungen stellen die Krankenhausträger an die von der Bundesregierung für die kommende Legislaturperiode angekündigte grundlegende Strukturreform im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf eine Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung an medizinischen und ökonomischen Orientierungsdaten?

Dr. Pröbldorf: Der im Mai vorgelegte Bericht über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik zeigt auf, daß unsere Bevölkerungspyramide in Kürze auf dem Kopf stehen wird. Der Anteil der unter 20jährigen wird bis zum Jahr 2000 von zur Zeit 24 Prozent auf 20 Prozent

zurückgehen, während der Anteil der über 60jährigen von 20 Prozent bis zum Jahr 2000 auf 24 Prozent und bis zum Jahr 2030 auf 38 Prozent steigen wird. Der Anteil der unter 20jährigen wird im Jahr 2030 nur noch 15 Prozent betragen. – Allein die Zahlen zeigen die Notwendigkeit einer Strukturreform und der Entwicklung eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzepts, demographische Zahlen und Trends sowie verifizierte medizinische Orientierungsdaten zugrunde zu legen. Es ist deshalb zu begrüßen, daß ein Sachverständigenrat gebildet wurde.

Bei der Entwicklung eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzepts wird es um Prioritäten und um die richtige Verteilung des zur Verfügung stehenden „Finanzkuchens“ gehen, der sehr viel langsamer wächst als die auch weiterhin zunehmenden Anforderungen an unser Gesundheitssystem. Der Gesetzgeber wird dabei die schwierige Aufgabe anzupacken haben, Fehlentwicklungen und Strukturfehler des Gesundheitssicherungssystems aufzuheben und die darin liegenden Wirtschaftlichkeitsreserven freizusetzen. Dies wird eine schwierige Aufgabe sein, an der konstruktiv mitzuarbeiten die DKG bereit ist.

Ziel muß sein, in der Bundesrepublik ein leistungsfähiges und ökonomisches Gesundheitswesen mit qualifizierten Krankenhäusern mit hochwertigen medizinischen, medizin-technischen und pflegerischen Leistungen für die wirklich Schwerkranken, die der Krankenhausversorgung bedürfen, sicherzustellen.

DÄ: Zur rechtlichen Verbindlichkeit des Krankenhausplanes des Landes ist zwischen den Länderressorts und den Krankenkassen, aber auch den Krankenhausträgern ein heftiger Disput entbrannt. Die Krankenkassen sind der Meinung, daß die Bedarfsplanung der Länder weder für die Krankenhäuser noch für die Krankenkassen bindend sei. Die Landesregierungen hingegen stellen sich auf den Standpunkt, daß der Feststellungsbescheid auch für

das Pflegesatzverfahren rechtlich verbindlich sein müsse. Konflikte im Hinblick auf das Pflegesatzverfahren können damit vorprogrammiert sein. Wie beurteilen Sie die Meinungsdissonanzen, vor allem auch im Hinblick auf die vom AOK-Bundesverband ausgegebene Losung, bei Nichtzustimmung zum Krankenhausplan seitens der Krankenkassen seien der Bedarfsplan und die Investitionsentscheidungen „von unten her“ aufrollbar?

Dr. Pröbldorf: Die Auffassung der Krankenkassen dürfte einer rechtlichen Nachprüfung nicht standhalten. Als das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1984 einschneidend verändert wurde, ist der Gesetzgeber von der weiterbestehenden Notwendigkeit einer qualifizierten Bedarfsdeckungsplanung durch die Länder ausgegangen. Demzufolge heißt es in dem neu formulierten § 6 KHG, daß die Länder „zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele“ Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufstellen. In § 1 KHG ist der Zweck des Gesetzes festgelegt. Danach ist sein Zweck die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, „um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten“ und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Durch die §§ 6 und 1 KHG ist damit bundesgesetzlich festgelegt, daß die Länder die Verantwortung für eine qualifizierte Bedarfsdeckungs-Planung haben.

Die Auffassung der Kassen beruht demgegenüber auf einer Überinterpretation der neuen Pflegesatzverordnung, in der es in § 16 heißt, daß die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung auch vereinbaren, „welche Kosten- und Leistungsentwicklung zugrunde zu legen ist“. Daß dies kein Hebel ist, die Krankenhausplanung der Länder „von unten her aufzurollen“, ergibt sich allein schon daraus, daß der Verordnungsgeber das ihm vorgegebene höherrangige Bundesgesetz nicht auf diese Weise konterkarieren kann.

DÄ: Von vielen Interessenten wird es für erforderlich gehalten, die Anhaltzahlen sowohl für den Arztsektor als auch für Pflegebereich von 1969/74 zu aktualisieren und auf eine neue methodische Basis zu stellen. Nachdem die bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen vor drei Jahren gescheitert sind und die erneuten Startversuche der Selbstverwaltung infolge Novellierungsabsichten des Bundesgesetzgebers zunächst aufs Eis gelegt worden sind, haben nunmehr er-



Klaus Pröbldorf

Foto: Schafgans

neut bilaterale Verhandlungen seitens der Krankenkassen und der DKG zu § 19 KHG begonnen, deren Ergebnisse und Probeläufe nicht vor Ende 1987 zu erwarten sein dürften. Inzwischen sind die Fachgremien der DKG auf diesem Terrain tätig geworden. Seit Ende 1985 gibt es Entwürfe für methodisch geänderte Anhaltzahlen im Pflegebereich und für die Besetzung im Klinikarztbereich. Worin bestehen die wesentlichen Unterschiede gegenüber dem herkömmlichen Verfahren?

Dr. Pröbldorf: Seit dem 1. Januar 1986 sind die Festsetzungsbehörden weggefallen, die bislang pragmatisch und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten des Krankenhauses im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung über die Personalbemessung im Einzel-

fall entschieden haben. Nicht zuletzt wegen in jüngster Zeit ergangener Gerichtsurteile zur Haftung der Krankenhausträger bei unzureichender Personalsituation hat der Vorstand der DKG im Dezember 1985 eine Empfehlung zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst beschlossen, die als *Übergangslösung* gedacht ist, bis gemeinsame Empfehlungen nach § 19 KHG zustande gekommen sind.

Der wesentliche Unterschied gegenüber den früheren Anhaltzahlen der DKG von 1969 bzw. 1974 besteht darin, daß die Zielsetzung der neuen Bundespflegesatzverordnung, den Kosten- und Leistungsbezug in den Vordergrund zu stellen, berücksichtigt wird. Die neuen Anhaltswerte heben also nicht einfach auf Bettenzahlen ab, sondern berücksichtigen die Zahl und Art der versorgten Patienten. Da der Leistungsbezug im Vordergrund steht, berücksichtigen sie natürlich auch den Umstand, daß kürzere Verweildauern stärkere Pflegeintensität und damit höheren Personalaufwand erfordern. Eine entsprechende leistungsbezogene Ausarbeitung für den ärztlichen Bereich ist noch nicht abgeschlossen. Die DKG hat bereits Anfang 1985 in die Verhandlungen nach § 19 KHG ein Konzept der von ihr angesichts des neuen Pflegesatzrechts entwickelten neuen Berechnungsmethode zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst eingebracht. Um mit dem Wegfall der früheren Festsetzungsbehörden ab Januar 1986 die Praxis – d. h. die Krankenhäuser, Schiedsstellen, Genehmigungsbehörden und letztlich auch die Gerichte – nicht ganz ohne Orientierungshilfen zu lassen, mußten neue Anhaltswerte als *Übergangslösung* von der DKG einseitig verabschiedet werden. Die DKG würde es begrüßen, wenn das von ihr in die Verhandlungen mit der Kassenseite eingebrachte Konzept alsbald als Grundlage entsprechender gemeinsamer Empfehlungen nach § 19 KHG dienen könne.

Die Fragen stellte Dr. rer. pol. Harald Clade, DEUTSCHES ARZTEBLATT