

den. Es wirken unbewußte Mechanismen im psychischen Bereich der Menschen, die nicht leicht rational erklärt werden können. Zu starre positivistische Haltungen tragen zur Klärung dieser Prozesse nicht bei.

Die traditionelle Linke muß aufhören, diese unbewußten Realitäten zu verdrängen und sie sollte diejenigen beachten und berücksichtigen, die auf diese Realitäten hinweisen.

Vor dem Phänomen AIDS steht die traditionelle Linke nicht unbedingt hilflos. AIDS ist für sie ein Problem und eine Chance zugleich. Ein Problem, weil das Feld eine Domäne der Konservativen und Reaktionsären geworden ist, eine Chance, weil die Linke, rational gesehen, die besten Argumente bezüglich der sexuellen Aufklärung hat. Wenn es ihr gelingt, den Widerspruch zwischen emotionalem Handeln einerseits und sozialpolitischem Wirken andererseits einzulösen, wird der Fort-

Anhaltzahlen

Harter Brocken für die Selbstverwaltung

Ein Dauer-Streitpunkt zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen: die Richtwerte und Anhaltzahlen-Empfehlungen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Fachpersonal und die Ausstattung der Hospitäler mit Sachmitteln. In der Tat: Die (prospektiven) Personalplanstellen sind die maßgebende Richtgröße für die Budgetverhandlungen und die Pflegesätze. Für das Krankenhaus – ein besonders personalintensiver, wenig rationalisierbarer Betrieb – bilden die Stellenpläne und die Anhaltzahlen-Empfehlungen den Dreh- und Angelpunkt für die Prosperität, das Leistungsniveau und das Leistungsspektrum – und damit auch für die Kostensituation des Krankenhauses. Immerhin entfallen zwischen 75 und 80 Prozent

schrift bezüglich des AIDS-Phänomens nicht lange auf sich warten lassen. Geschieht das nicht, besteht die Gefahr, daß die schlimmsten reaktionären Kräfte die Oberhand gewinnen, was sich in übelster Weise auswirken würde. Diese Wirkung würden am schlimmsten die Homosexuellen spüren, gefolgt von Drogenabhängigen und Prostituierten. Aber vor allem die Instanzen, in denen die Sozialisation vorwiegend vollzogen wird, die Kindertagesstätten, Schulen und andere Bildungseinrichtungen, würden erhebliche Rückschläge erleiden.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med.

Enrique Blanco Cruz

Professor für Sozialmedizin an der Fachhochschule Frankfurt am Main
Psychotherapeut

Zentmarkweg 72

6000 Frankfurt-Rödelheim

der laufenden Betriebskosten auf den zumeist periodenfixen Personalkostenblock. Auch die Sachkosten enthalten ebenfalls erhebliche Lohnkostenanteile, wie etwa der Reparaturservice belegt.

Den zeitgemäßen, „richtigen“ Personalschlüssel zur Zufriedenheit aller hat noch niemand erfunden. Die Interessenlage ist eindeutig: Krankenhäuser und Krankenhausberufe erklären unisono, daß eine qualitativ hochstehende, dem medizinischen Fortschritt adäquate Krankenversorgung einer entsprechend qualifizierten Personalausstattung und Dotation bedarf. Mit dem Fachpersonal – und zwar auf Dauer und in Lebensstellungen beschäftigt – steht und fällt das Leistungsvermögen, das Renommee und das wirtschaftliche Geschehen der 3100 Krankenhäuser.

Andererseits: Die Kostenträger, insbesondere die Krankenkassen, wollen auch mit Hilfe des neuen Pflegesatzrechtes über die Besetzung der letzten Personalplanstelle (einschließlich der Auszubildenden) mitsprechen. In den Pflegesatzrunden wird bis zur zweiten Stelle hinter dem Komma des Pflegesatzes ge-

feilscht. Mehr als 800 000 Stellen für zumeist hochqualifizierte Fachkräfte stehen auf dem Spiel . . .

Die Quadratur des Kreises . . .

Über zeitgemäße Personalanhaltzahlen und Empfehlungen für die Ausstattung und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser wird gestritten, nicht erst seit die (einseitig) von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Jahr 1969 dekretierten Anhaltzahlen-Empfehlungen (1974 nur unmaßgeblich fortgeschrieben) in der Welt sind. Daß diese längst überholt sind und damit weder ein moderner Klinikbetrieb „zu machen“ ist noch mit den Arbeitszeitregelungen und den Bestimmungen des Bundesangestellten-Tarifvertrages (SR 2 c BAT) in Einklang zu bringen ist, darüber gibt es kaum noch Meinungsdivergenzen. So klar die Absichten sind, moderne Anhaltzahlen-Empfehlungen und Wirtschaftlichkeitskriterien für das Krankenhaus zu entwickeln, so komplex, zeitaufwendig und konfliktreich ist dieses Unterfangen. Die Direktkontrahenten (die Selbstverwaltung) haben bislang ihre diametralen Interessengegensätze nicht überbrücken können.

Bereits nach dem alten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) oblag es den Selbstverwaltungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, „gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten“ zu formulieren (gemäß § 19, Absatz 1, Satz 1 KHG vom 20. Dezember 1984). Nach dem Gesetz sollten dabei die „medizinische und technische Entwicklung“ beachtet werden.

Bisher konnte die Quadratur des Kreises noch nicht gelöst werden: Bereits seit 1980 hatte die Krankenhausgesellschaft zusammen mit den GKV-Spitzenverbänden wiederholt versucht, sich auf ge-

meinsame Empfehlungen zu verständigen, ohne daß es bislang zu einem einvernehmlichen, abschließenden und umsetzbaren Ergebnis gekommen wäre. Zunächst wurden die Verhandlungen im Vorfeld der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 1984 mit dem Hinweis abgebrochen, zunächst sollte die KHG-Novellierung abgewartet werden, um dann erneut Empfehlungen gemäß § 19 auf Selbstverwaltungsebene in Angriff zu nehmen. Auch das Bundesarbeitsministerium war mit einem solchen Vorgehen einverstanden.

„Die Schulaufgaben nicht erledigt“

Inzwischen hat sich die Situation noch mehr zugespitzt: Das Krankenhausfinanzierungsrecht wurde grundlegend novelliert (1984/85). Die Kostendämpfungsaufgaben seitens des Gesetzgebers wurden auch für den stationären Sektor verschärft.

Zudem versuchen die Kostenträger, über Pflegesatzverhandlungen auch in die Stellenpläne und innere Struktur der Krankenhäuser bis hin zur Gestaltung der „Produktionspalette“ hineinzuregieren. Das Klima hat sich dadurch für gemeinsame Anhaltzahlen-Empfehlungen merklich verschlechtert.

Die Folge: Beide Kontrahenten erklärten gegenüber dem Bundesarbeitsministerium und der Konzertierten Aktion die Verhandlungen gemäß § 19 KHG für gescheitert. Dies wurde auch vom Plenum der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur Kenntnis genommen in der Erwartung, daß nunmehr die Rechtsfolgen des § 19, Abs. 2 KHG zum Zuge kämen.

Danach muß die Bundesregierung, falls die Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene *innerhalb eines Jahres* nicht mit gemeinsamen Empfehlungen abgeschlossen werden, mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung über die Bestimmung der Maßstäbe und Grundsätze quasi *par ordre du mufti* gemäß § 19 KHG erlassen.

Indes: Das Bundesarbeitsministerium nahm den Schwarzen Peter nicht an. In einem gewundenen, juristisch verklausulierten Schreiben erklärte die Fachabteilung des Bundesarbeitsministeriums den Verhandlungspartnern, die Selbstverwaltung habe die gesetzlichen Möglichkeiten überhaupt noch nicht ausgeschöpft.

Das Vorgeplänkel oder noch so aufwendige wissenschaftliche Anläufe („Personalbedarfsermittlungsverfahren“) zählten die Blüm-Administratoren jedenfalls auf der Haben-Seite nicht mit.

Die BMA-Depesche an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die GKV-Spitzenverbände: Es entspräche nicht dem Grundgedanken der Subsidiarität und nicht dem Selbstverwaltungsprinzip, das das

Krankenhausfinanzierungsgesetz prägt, wenn es dem Verordnungsgeber überlassen bliebe, die gemäß § 19 KHG zu regelnde „Materie nach eigenem Ermessen zu bestimmen“. Die Selbstverwaltung habe die „Schulaufgaben“ nicht erledigt. Es bedürfe vielmehr „konkreter“ Verhandlungen über eine „verordnungsfähige Materie“ mit konkreten Erklärungen. Diese lägen bisher jedoch noch nicht vor. Solange müsse aber die Selbstverwaltung in die Pflicht genommen werden. Der Verordnungsgeber könne schließlich nicht bereits im „Stadium von Vorüberlegungen“ Verordnungen in Gang setzen und dabei über die Tatbestände entscheiden, über die die unmittelbar Betroffenen überhaupt noch nicht gesprochen hätten (etwa über Personalbedarf im ärztlichen und pflegerischen Bereich, in der Verwaltung oder in der Medizintechnik).

Signal für einen neuen Anlauf

Nun liegt der Schwarze Peter wieder bei der Selbstverwaltung. Diese hat ihn inzwischen aufgegriffen. Erste Sondierungsgespräche zwischen Krankenhausgesellschaft und Krankenkassenverbänden fanden statt. Auch die Direktiven des

Bundesarbeitsministeriums, die gemeinsamen Empfehlungen „in gemeinsamer Zusammenarbeit mit den mittelbar Beteiligten . . . zu erarbeiten“, sollen nunmehr beachtet werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gab Mitte Juli das Signal für einen neuen vom BMA aufgetragenen Anlauf (unter Einbeziehung auch der Ärzteschaft, der Berufsverbände der Krankenhausbeschäftigten, der Arbeitgeber, der Gewerkschaften und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung). Inzwischen hat die Krankenhausgesellschaft die Beteiligten aufgefordert, an der Erarbeitung von Anhaltzahlen-Empfehlung aktiv mitzuarbeiten, und zwar im Sinne einer „verordnungsfähigen Materie mit konkreten Erklärungen“. Zunächst sollen zwei Beratungsgegenstände im Vordergrund stehen:

► Verfahren und Anhaltswerte für die Personalbedarfsermittlung in Psychiatrischen Krankenhäusern und Psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern;

► DKG-Positionspapier zur Anrechnung von Schülern/Schülerinnen für Berufe der Krankenpflege auf den Stellenplan des Krankenhauses.

Die Zentralbereiche, nämlich der Pflegebereich und der krankenhaushäusliche Dienst in Akutkrankenhäusern, sind bislang geflissentlich noch ausgespart worden. Hier liegen die eigentlichen konfliktträchtigen Verhandlungspunkte. Noch hat es keine Annäherung zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern gegeben. Jedenfalls haben die Krankenkassen die von der DKG im Dezember 1985 publizierten verbandseigenen Vorschläge für Anhaltswerte für den Pflegebereich und den krankenhaushäuslichen Dienst selbst als „Übergangsregelung“ abgelehnt.

Es bedarf zäher Kärnerarbeit und eines erheblichen Einigungswillens, um nicht abermals nach Jahresfrist ein Scheitern der Selbstverwaltung zu vermeiden. Dann aber dürfte der Verordnungsgeber mit brachialer Gewalt eingreifen . . .

Dr. Harald Clade