

Schlußwort

Im Ursprungsbeitrag „Klinikhygiene: Zwischen Spardruck und Effizienz-Nachweis“, erschienen im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT Heft 41/1989 unter „Themen der Zeit“, wurde ein Symposium über „Klinikhygiene“ während des Deutschen Krankenhaustages 1989 in Hannover zum Anlaß genommen, um einen konzentrierten Überblick über die gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Probleme zu vermitteln, die im Zusammenhang mit der Klinikhygiene, der angestrebten verbesserten Kosten-Nutzen-Analyse in diesem Bereich und der von der Bundesregierung eingeleiteten Strukturreform im Gesundheitswesen stehen. Dabei wurden authentisch die Thesen des Leiters der Abteilung „Gesundheit, Krankenversicherung“ des Bundesgesundheitsministeriums, Ministerialdirektor Karl Jung, Bonn, ebenso wie eines weiteren Referenten beim Krankenhaustag, Dr. jur. Franz Josef Oldiges, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO), Bonn-Bad Godesberg, referierend dargestellt.

Die Replik von Prof. Dr. med. vet. Dr. h.c. Dieter Großklaus, Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Berlin, ist mithin *keine* Auseinandersetzung mit der sachlichen Darstellung des Verfassers des Artikels im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT, sondern vielmehr eine sich zum Teil von dem Ursprungsaufsatz abhebende politische Wertung der hygienepolitischen und hygienerechtlichen Maßnahmen aus der Sicht des Bundesgesundheitsamtes und insbesondere der (unabhängigen) Hygienekommission beim Bundesgesundheitsamt.

Im übrigen haben der Verfasser und die Redaktion des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES zu dem Ursprungsaufsatz zustimmende Zuschriften erhalten, so die des Direktors eines Universitätsinstituts für Klinikhygiene, der u. a. schreibt: „... In Zukunft sollte man weniger Hygieniker als Doktores der Politischen Wissenschaften über Hygiene schreiben lassen...“

Dr. Harald Clade, Köln

Krankenhäuser: Ungebremster Kostenboom

Zu Beginn des Jahres 1990, also schon nach einem Jahr seit Inkrafttreten des „Gesundheitsreform-Gesetzes“, konnten die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden. Es waren zwar nicht alle Krankenkassen beteiligt, aber doch ein erheblicher Anteil. Norbert Blüm konnte mit dieser Entwicklung zufrieden sein.

Nun droht ein neuer Kostenanstieg im Gesundheitswesen: Die stationäre Krankenhausbehandlung wird besorgniserregend teurer. An steigende Pflegesätze haben sich die Krankenkassen während der vergangenen Jahre längst gewöhnt. Die Krankenhäuser haben sich durch die ständigen Budget- und Pflegesatzsteigerungen mit Abstand eine Spitzenstellung auf der Gläubigerliste der Krankenkassen erobert. Sie erhalten bundesweit rund ein Drittel der Ausgaben aller Krankenkassen.

Diese Entwicklung wird auch von den niedergelassenen Kassenärzten mit steigender Sorge und auch mit Unmut gesehen, denn für sie gilt weiterhin die „Honorardeckelung“, das heißt, die Honorarsteigerung darf nicht höher sein als die allgemeine Grundlohnsteigerung bei den Krankenkassen, von einigen Ausnahmeregelungen abgesehen.

Gründe für den Kostenschub

Das „Gesundheitsreform-Gesetz“ hat von den Krankenhäusern keinen Beitrag zur Kostendämpfung verlangt. Der im Gesetz vorgesehene Einsparungsbetrag im stationären Bereich in Höhe von 1,4 Milliarden DM jährlich fand keine Umsetzung in den gesetzlichen Vorschriften. Dieses „Nichtwissen, wie man die Kosten in den Griff bekommen könnte“, wird jetzt ein Grund mit dafür sein, daß es im stationären Bereich zu einem starken Kostenschub kommen wird.

Gegen Ende des Jahres 1989 haben die meisten Krankenhäuser in der Bundesrepublik durch Vorlage des Kosten- und Leistungs-Nachweises bei den Krankenkassen höhere Pflegesätze beantragt. Die gewünschten und inzwischen zu einem großen Teil durchgesetzten Steigerungsraten liegen bei 6 bis 25 Prozent (!).

Zur Mitte des Jahres 1989 wurde der Ruf des Pflegepersonals in den Krankenhäusern nach besserer Bezahlung sehr laut. Durch einen neuen Tarifvertrag erhält das Pflegepersonal vom 1. August 1989 an höhere Entgelte. Die Mehrkosten hieraus werden größtenteils erst über den Pflegesatz 1990 abgerechnet, Rückstellungen hierfür haben die Krankenkassen nicht gemacht. Für 1990 summieren sich diese Mehrkosten mit der Lohnsteigerung für das Krankenhauspersonal zum 1. Januar 1990. Ein weiterer Mehraufwand ergibt sich aus einer weiteren Arbeitszeitverkürzung im Krankenhausbereich zum 1. April 1990. In einigen Ländern kommt hinzu, daß sich der Anrechnungsschlüssel der Krankenpflegeschülerinnen auf den Stellenplan geändert hat, so daß auch hieraus weitere Personalmehrkosten entstehen. Im übrigen gibt es wohl kein Krankenhaus, das nicht auch noch zusätzliche Mehrkosten für „strukturelle Änderungen“ geltend macht. Das bedeutet: zusätzliches Personal, zum Beispiel durch gesetzliche Änderungen, Inbetriebnahme einer Intensiv-Abteilung, Ausweitung des medizinischen Angebotes usw.

Die Krankenkassen können sich gegen solche Forderungen nicht wehren; spätestens bei der Schiedsstelle würde der Widerstand enden. Der medizinische Fortschritt in den Krankenhäusern hat seinen Preis.

Der durch die genannten Faktoren ausgelöste Kostenschub wird noch weiter verstärkt durch den am 1. Januar 1990 in Kraft getretenen Zulagentarifvertrag im öffentlichen Dienst, er gilt auch für das Kranken-

hauspersonal. Zusätzlich sorgt die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts für Personalmehrkosten. Das von den Krankenkassen schon seit längerer Zeit mit Sorge gesehene „Pfortenurteil“ bescheinigt dem Krankenhauspersonal, daß der Dienst im Krankenhaus nicht auf der Station, sondern beim Durchschreiten der Pforte beginnt.

Der Weg von der Pforte bis zur Station ist also bereits Arbeitszeit. Die Krankenhäuser sehen nicht unerhebliche Nachforderungen an Überstundenvergütungen auf sich zukommen, die sie natürlich an die Krankenkassen in Form einer Pflegesatzerhöhung weitergeben wollen.

Auch Sachkosten steigen

Neben den Personalkosten, die etwa 70 Prozent des Pflegesatzes betragen, machen die Krankenhäuser auch höhere Sachkosten geltend (Medizinischer Bedarf, Lebensmittel, Energie, Reinigung usw.). Diese Kosten sind auch in der Vergangenheit ständig gestiegen. Nur bedingt können die Krankenhäuser hier Einfluß nehmen, und außerdem besteht für ein Krankenhaus keine Veranlassung dazu, ein einmal erreichtes Kostenniveau wieder zu senken.

Alle Mehrkosten finden sich als zusätzliche Ausgaben bei den Krankenkassen wieder. Es ist abzusehen, daß die Steigerungsrate von 1989 auf 1990 bei etwa sechs bis neun Prozent

liegen wird, teilweise sicher noch darüber. Die übliche Mengenausweitung durch die steigende Zahl der stationären Krankenhaufälle ist dabei noch nicht eingerechnet.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die stationäre Krankenhausbehandlung liegen derzeit bei mehr als 40 Milliarden DM jährlich. Es muß also in 1990 mit Mehrausgaben von ca. 3 bis 3,5 Milliarden DM allein aus der Krankenhausbehandlung gerechnet werden.

Bei dieser Situation ist es verständlich, daß in Bonn bereits darüber nachgedacht wird, das Pflegesatzrecht erneut zu ändern. Die einzelne höherwertige Leistung des Krankenhauses soll stärker honoriert werden (auch über Sonderentgelte). Das geltende Recht (KHG und BPfl V) läßt eine solche Regelung schon jetzt zu, allerdings müssen sich alle Beteiligten hierzu einig sein. Das ist im gegliederten Krankenkassensystem nicht immer möglich. Jede Krankenkasse, die einen fünfprozentigen Belegungsanteil am Krankenhaus hat, kann bei der Pflegesatzgestaltung mitreden. Ob durch die geplante Neuregelung allerdings die Kosten niedriger werden, dürfte sehr fraglich sein.

Fortschritt kostet Geld

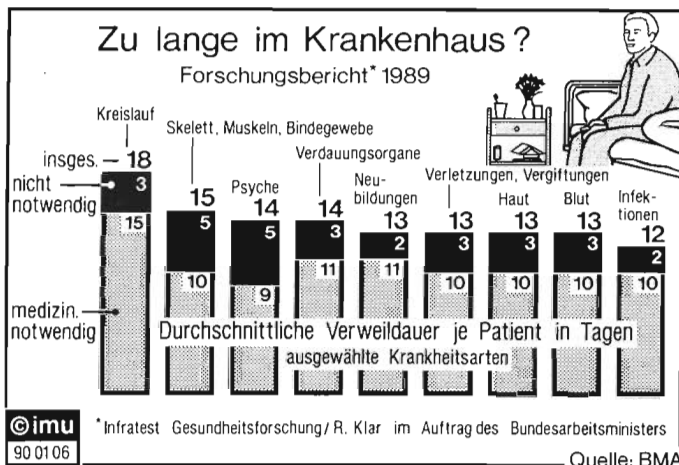
Die Medizin hat enorme Fortschritte gemacht. Sie setzt bei dem Ungeborenen ein und verhilft dem Rentner zu einer längeren Lebenser-

wartung. Herztransplantationen sind keine Seltenheit mehr, auch nicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Kaum nimmt jemand zur Kenntnis, daß eine solche Transplantation mindestens 120 000 DM kostet, hinzu kommen die Folgekosten. Für eine Transplantation könnten einige Krankenschwestern ein Jahr lang zusätzlich beschäftigt werden. Wer will aber sagen, daß die Herztransplantation nicht gemacht werden sollte?

Natürlich gibt es auch Entwicklungen, die Untersuchungen und Behandlungen vereinfacht und preiswerter gemacht haben. Ultraschalluntersuchungen ersetzen manche Röntgenaufnahme, aber dafür ist die Zahl der Ultraschalluntersuchungen ganz erheblich höher. Das bedeutet aber auch, es werden mehr Erkrankungen erkannt, auch früher als sonst, und da muß mehr behandelt werden, auch mit entsprechenden Folgekosten. Ähnlich verhält es sich mit dem Einsatz der medizinischen Großgeräte. Eine verbesserte Diagnostik führt zur vermehrten Behandlung. Dies gilt für den stationären und auch für den ambulanten Bereich.

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet einen sehr weitgehenden Schutz. Wenn dieser hohe Anspruch erhalten werden soll, werden wir auf Dauer wohl kaum mit Kostensenkungen rechnen können. Es muß aber erwartet werden, daß alle am Gesundheitssystem Beteiligten um Kosteneinsparung bemüht sind. Das gilt auch für die Krankenhäuser, und es steht außer Zweifel, daß auch hier noch Möglichkeiten genutzt werden können. Leider hat sich diese Erkenntnis bisher aber noch nicht überall durchgesetzt. Eine entsprechende Aufklärungsarbeit ist sicher ständig erforderlich. Kosteneinsparungen gelingen auch durch die Umstellung „kleinerer Maßnahmen“. Hier ist jeder Mitarbeiter im Krankenhaus gefordert.

Helmut Oevermann
Geschäftsführer der AOK
Minden-Lübbecke
Römkes Ort 12
4950 Minden



Infratest untersuchte zusammen mit Prof. Dr. Rüdiger Klar, Abteilung Medizinische Informatik der Universität Freiburg, auf Grund der „Aktenlage“ den Krankenhausaufenthalt von mehr als 5000 Patienten nach zwei Kriterien: erstens, ob die Krankenhauseinweisung überhaupt medizinisch notwendig und zweitens, ob die Liegedauer angemessen war