

Aktuelles Beispiel einer nicht nur betriebswirtschaftlich begründeten Umorientierung bei den Krankenhäusern und deren Verbänden: In Rheinland-Pfalz haben sich verschiedene Krankenhaussträger (vor allem ordensgetragene Krankenhäuser, Krankenhäuser des Deutschen Roten Kreuzes, die Dernbacher Ordensschwestern, die Franziskanerinnen von Waldbreitbach u. a.) zu einem krankenhäusübergreifenden informellen Verbund zusammengeschlossen. Sie wollen neben der Landeskrankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz (Mainz) mehr Einfluß auf die Landeskrankenhauspolitik und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nehmen. Darüber hinaus, so die Absichten der Initiatoren, sollen bestimmte Funktionen, die Krankenhaussträger oder -trägerverbände bisher einzeln oder gemeinsam erledigten, hausübergreifend getätigt werden. Dabei gilt als „Mittel der Wahl“ zumeist die Auslagerung bestimmter Funktionen an externe, hochspezialisierte Dienstleistungsunternehmen. Auch an die verstärkte Kooperation verschiedener Krankenhaussträger bei bestimmten Funktionen wird gedacht, etwa beim Einkauf, bei der Speiserversorgung, der Wäscherei; ferner bei der Datenverarbeitung oder beim Anschluß einzelner Krankenhäuser zu einem Einkaufsverbund zumeist in der Form von Einkaufsgenossenschaften.

Hinter diesen Überlegungen stehen oftmals handfeste betriebswirtschaftliche Erfordernisse: Unter dem Budget- und Ausgabendeckel will man weitere Kosten sparen und die von der Politik, aber auch von den Krankenkassen und der Bundesregierung geforderte Mobilisierung noch rudimentär vorhandener Rationalisierungsreserven angehen.

Wenn Krankenhaussträger in einzelnen Regionen zu alternativen, meist wirtschaftlich orientierten Verbänden und Interessenzusammenschlüssen aufrufen, so steht vielfach auch dahinter das Motiv, die Angebotspalette der Krankenhaussträger zu erweitern und neue/alte Aufgabenfelder im sozialen, pflegerischen, aber auch vor al-

Krankenhäuser

Bewegung in der Szene

Unter dem Druck der Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes und im Vorgriff auf die dritte Stufe zur Strukturreform im Gesundheitswesen ist etwas Bewegung in die Krankenhauslandschaft geraten. Konkret: Wie bereits zuvor im Arzneimittelbereich und bei den niedergelassenen (Kassen-)Vertragsärzten gibt es auch unter den Krankenhausverbänden und den traditionell pluralistisch gegliederten Krankenhausträgern Bestrebungen, neben den lange etablierten Verbänden alternative Neugründungen zu starten und die externe Verbundwirtschaft mehrerer Klinikträger zu forcieren. Ein Schlaglicht auf die Situation.

lem im ambulanten und semi-stationären Bereich für die Krankenhäuser zu reklamieren und neu zu entdecken. Schon haben einige Krankenhausgesellschaften Initiativen ergriffen, um ihre Satzung an ein erweitertes Leistungsspektrum der Krankenhäuser anzupassen. So wollte beispielsweise die Saarländische Krankenhausgesellschaft festschreiben, sich zu einem „Dachverband für die Altenpflege“ zu erweitern. Dahinter steht die unverhohlene Absicht, „Akutbetten-Abschlachtpläne“ seitens der Länder, der Krankenkassen und der „hohen Politik“ zu verhindern und mit Gegenaktionen zu antizipieren. Das „Bettenumwidmen“ muß nach Mei-

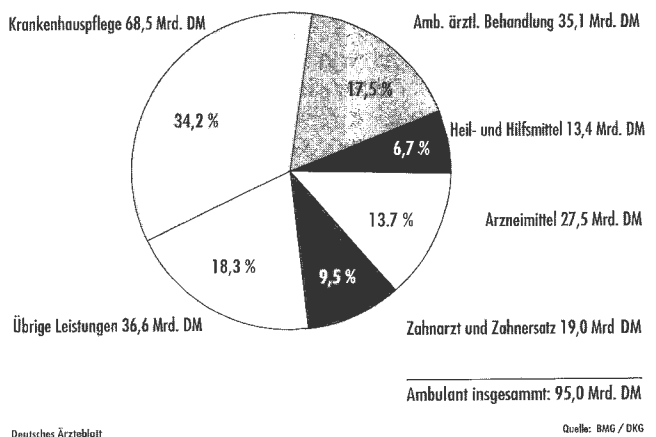
nung der Krankenhaussträger und deren Interessenwahrer im Vordergrund stehen. Nicht zuletzt deswegen hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) als Dachverband der Krankenhaussträger in der Bundesrepublik bereits Mitte dieses Jahres das Modell einer „integrierten Pflege“ propagiert. Es beinhaltet eine gestufte Versorgung auch Pflegebedürftiger mit der Infrastruktur und dem Know-how der Krankenhäuser. Eine aktuelle Initiative, um die Krankenhäuser in Richtung eines sowohl präventiv, ambulant, stationär und rehabilitativ tätigen „Gesundheitszentrums“ zu erweitern, startete das Präsidium der Deutschen Kranken-

Die gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich im Jahr 1993 auf rund 200 Milliarden DM. Davon entfielen rund 68,5 Milliarden auf die stationäre Krankenhauspflege (34,2 Prozent), allerdings einschließlich der im Krankenhaus verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Die Ausgaben für die stationäre Krankenhauspflege stiegen im ersten Halbjahr 1994 um 4,6 Prozent,

die Netto-Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen hingegen um sechs Prozent. Der zweitgrößte „Ausgabenblock“ ist die ambulante ärztliche Behandlung mit 35,1 Milliarden DM (= 17,5 Prozent der Gesamtausgaben). Danach folgen die Arzneimittel, zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz sowie die Heil- und Hilfsmittel sowie die übrigen GKV-Leistungen.

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Düsseldorf/DÄ

GKV-Leistungsausgaben 1993 (gesamt 200,1 Mrd. DM)



hausgesellschaft Ende November 1994 zu Beginn der neuen Legislaturperiode.

Eine andere Offensive der Krankenhäuser, die bisher wegen vielfältiger Hemmnisse, Fehlsteuerungen und ungünstiger gesetzlicher Rahmenbedingungen mehr lahmte statt ans Laufen kam: Die Krankenhäuser sollen bundesweit mehr gerontologische Abteilungen gründen, schleunigst die baulichen, personellen und kapazitätsmäßigen Vorkehrungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie das klinikambulante Operieren treffen. Diese Bestrebungen könnten neue Konflikte eröffnen und ihre Verfechter auf Kollisionkurs mit den übrigen Leistungserbringern geraten lassen, sobald sie in deren angestammte Marktfelder eindringen oder diese streitig machen wollen.

Neue „Verbände-Architektur“

Ein anderes Konfliktfeld wurde vor geraumer Zeit auch von der „Basis“ der Krankenhausträger und von einzelnen Krankenhausmanager-Zirkeln eröffnet. Einen Vorgesmack auf die in Gang gekommenen heftigen Diskussionen über eine Neustrukturierung der „Verbände-Architektur“ im Krankenhauswesen boten die Biersdorfer Krankenhaus-Managementgespräche in Biersdorf/Eifel. Sie werden veranstaltet von einem Kreis von Krankenhausedirektoren überwiegend freigemeinnütziger und kirchlicher Krankenhausträger aus dem Raum Nordrhein-Westfalen.

Den Krankenhausverwaltungsleitern ist der eingetragene Verein DKG in vieler Hinsicht verbandspolitisch zu uneffektiv, weil zu pluralistisch und divergierend strukturiert und ohne Durchdringungswirkung auf die „Basis“. Ihnen schwebt eine Zweiteilung der Vertretungsmacht der Klinikträger vor, und zwar in Form von privatrechtlich organisierten Krankenhausverbänden (eingetragenen Vereinen) einerseits und verkörperschafteten Krankenkammern (Körper-

schaften des öffentlichen Rechts) andererseits. Dem Biersdorfer Aufruf zufolge könnten beide Körperschaften unabhängig voneinander agieren und in einen gesunden Wettbewerb auf verbandspolitischem Gebiet treten, ohne sich gegenseitig ins Gehege zu kommen.

Zentraler Verband

Die Argumentationsweise der Initiatoren der Biersdorfer Plattform ist ebenso deutlich wie nachvollziehbar. Im Vergleich zu den übrigen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen habe sich herausgestellt, daß die Krankenhausträger einen zentral formierten Verband benötigten, der ausschließlich die Interessen der Krankenhausträger vertritt. Dies sei nur über eine direkte freiwillige Mitgliedschaft der Krankenhausträger in einem zentral organisierten Krankenhausverein möglich.

Andererseits sei es zweckmäßig, so die Sprecher des Biersdorfer Vereins, wenn die Krankenhausträger eine rechtswirksame Vertretung in Form einer neu zu schaffenden Krankenkammer erhielten. Diese Kammer könnte dann als Mittler zwischen den öffentlichen, mehr staatsorientierten Interessen und dem spezifischen Krankenhausinteresse agieren. Nach der Verbandsmodellkonzeption wäre die Krankenkammer einerseits Verwaltungsträger (mittelbare Staatsverwaltung), hätte aber andererseits auch die Krankenhausinteressen (auch strategische und finanzielle sowie gesundheitspolitische) zu wahren. Eine Krankenkammer wäre an das Gesetz (den Gesetzesrahmen) strikt gebunden und hätte andererseits auch das Recht zur Selbstverwaltung und die Befugnisse zur Steuerung auf der mittleren (Verbands-) Ebene. Die Vorteile, die solchen noch nicht existenten Krankenkammern unterstellt werden: Einerseits wären genügend Freiheitsräume der Selbstverwaltung überantwortet. Andererseits wären die Kammern verpflichtet, die Gesamtinteressen in einer ausgleichenden

Funktion zu übernehmen und zu wahren. Die Krankenkammern könnten sich auch mit Vollzugsverbindlichkeit an die Einzelmitglieder wenden und die Umsetzung von Verordnungen und Gesetzesvorschriften durchsetzen, kontrollieren und gegebenenfalls Sanktionen verhängen.

Rechtssystematisch ist zwar die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. ebenfalls eine Körperschaft, aber auf privatrechtlicher Grundlage (Vereinsrecht; BGB). Als Interessenvertreterin agiert die Krankenhausgesellschaft wie eine Kammer, so der Biersdorfer Zirkel, obwohl sie de facto keine ist. Hieraus können nach Meinung der Kritiker Unzulänglichkeiten, Dissonanzen und politische Erfolglosigkeit resultieren. Andererseits kann es zu Rechtsunsicherheiten kommen, wenn die Krankenhausgesellschaft als Bundesverband der Krankenhausträger zwar in Gesetzen und Verordnungen legitimiert wird, Verträge (zwei- und dreiseitige Verträge zum Beispiel zur Qualitätssicherung im klinischen Bereich) abzuschließen, deren Normativwirkung aber im Hinblick auf die Durchsetzung und Rechtsverbindlichkeit begrenzt ist.

Wunder Punkt

Diesen wunden Punkt deckte denn auch der Verfassungsrechtler Prof. Dr. jur. Meinhard Heinze, Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit an der Universität Bonn, in einer Expertise auf (vgl. das Krankenhaus, Heft 7/1994, Seite 298 ff). Er stellte fest, daß die Krankenhausverbände auf der Basis des Bürgerlichen Vereinsrechts keine normativen Direktiven abgeben können und kaum Durchgriffsbefugnisse gegenüber den Mitgliedern hätten. Heinze: „Einer derartigen Bindung fehlt jede demokratisch legitimierte Entscheidung der Mitglieder, insbesondere wird eine solche normative Wirkung durch den Willen der Mitglieder weder erfaßt noch verfassungsrechtlich hinreichend legitimiert.“

Dr. Harald Clade