

Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter

14. Juli 2001

Dr. Ernst Bruckenberger

**Auswirkung des DRG-Systems auf die
Krankenhausplanung, die Leistungsstrukturen
und die Investitionsfinanzierung**

Wettbewerb statt Daseinsfürsorge

Der Krankenhausbereich hat sich in Deutschland bisher gewehrt, die **Philosophie der „Daseinsfürsorge“** und die damit verbundenen Wertvorstellungen aufzugeben.

Je mehr Erfolge die freie Marktwirtschaft, gemessen an dem gegenwärtig herrschenden hedonistischen Weltbild, zu verzeichnen hat, desto stärker wird gefordert, dass sich ein so wichtiger Teil der Volkswirtschaft wie das Gesundheitswesen den Regeln des **freien Marktes** und der damit verbundene **Dynamik** und **Entsolidarisierung** unterwirft. Diese Forderung nimmt inzwischen den Charakter einer Ideologie an.

Die zunehmende Interpretation der Krankenhausbehandlung als Dienstleistung, nicht zuletzt durch Entscheidungen des **Europäischen Gerichtshofes**, wird diese Entwicklung unterstützen.

Die Einführung des DRG-Systems in Deutschland zur Abrechnung von Krankenhausleistungen wird diesen Prozess durch die Ablösung der **Philosophie der „Daseinsfürsorge“** durch die **Ideologie des „freien Marktes“** beschleunigen.

Die erwarteten positiven Folgen des DRG-Systems sind vergleichsweise auf der Ebene von **„Spekulationsgewinnen“** angesiedelt während die aus Gründen der Unsicherheit gleichzeitig erwünschte **„Sparbuchsicherheit“** (Beitragssatzstabilität) durch eine massive Ausweitung des Verwaltungsaufwandes erreicht werden soll.

Mythos und Realität - 1991 bis 1999

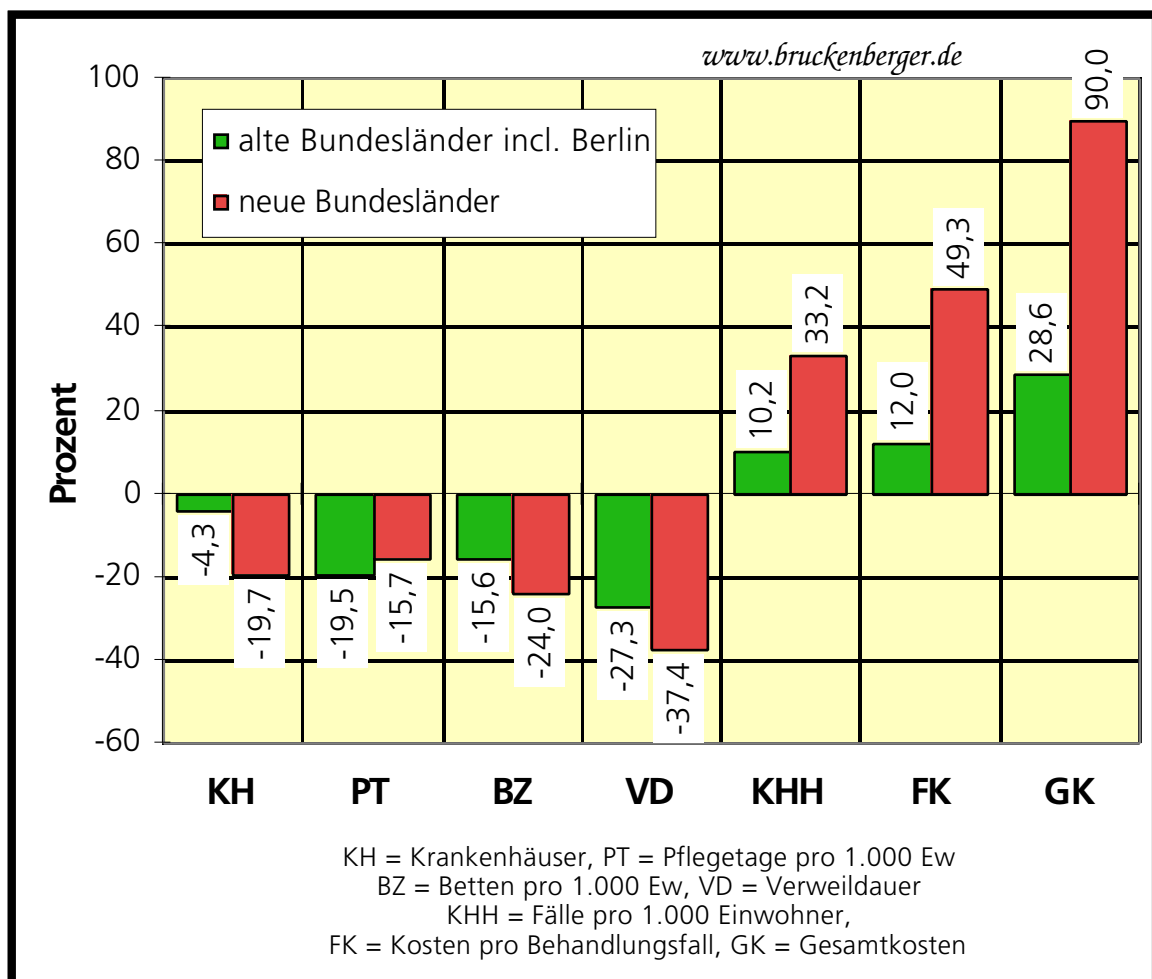
Mythos

Weniger Betten, weniger Pfl egetage, kürzere Verweildauer ergeben **weniger** Ausgaben für die Krankenkassen

Realität

Mehr Fälle, mehr Leistungen ergeben **mehr** Ausgaben für die Krankenkassen

Kosten entstehen grundsätzlich nicht durch Betten, sondern durch Leistungen, die durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt ständig ansteigen.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

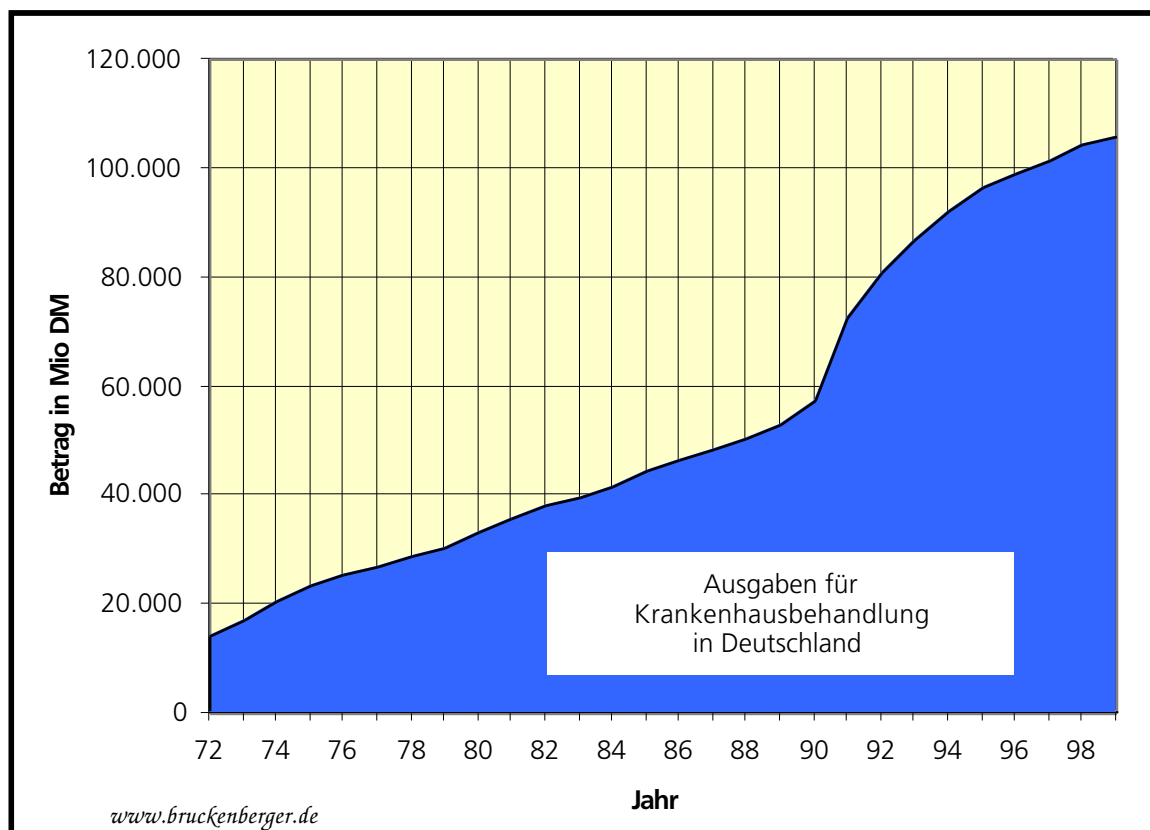
25 Jahre Kostendämpfungsdiskussion

Tatsache

Bis heute gibt es keine, alle Krankenkassen umfassenden, länderbezogenen Daten über die in den einzelnen Leistungssektoren (Praxen, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen usw.) veranlassten Leistungen und Ausgaben. Je weniger Fakten vorhanden sind, desto engagierter sind manche Diskussionsbeiträge zu den vermeintlichen oder tatsächlichen Ursachen der Kostensteigerung.

Ergebnis

Schon vor der Verabschiedung eines Reformgesetzes beginnt die Diskussion um ein neues. Die Halbwertszeit der Gesetze sinkt. Bürokratie und Verwaltungskosten nehmen ständig zu. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung steigen laufend an. Die Leistungsverdichtung für die Beschäftigten nimmt ununterbrochen zu.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Zunahme der Fälle und Ausgaben in fast allen Sektoren 1996 bis 1999

Fälle

Die Zahl der ambulanten und stationären Fälle hat in Deutschland von 1996 bis 1999 in allen Sektoren (Ausnahme: belegärztliche Behandlung) zugenommen. Die massive Zunahme der ambulanten Operationen hat offensichtlich **keine substitutiven Auswirkungen** im Krankenhausbereich.

Ausgaben

Auch bei den Ausgaben ist gegenüber 1996 in allen Sektoren (Ausnahme: häusliche Krankenpflege) eine Zunahme feststellbar.

Behandlungsart	Zahl der Fälle		Ausgaben in DM	
	absolut	v. H.	absolut	v. H.
ambulante kurative Behandlung	31.061.291	6,8	1.781.857.891	4,6
ambulantes Operieren	1.392.527	36,2	315.046.045	35,6
häusliche Krankenpflege	-	-	-529.771.152	-14,4
vor- und nachstationäre Behandlungsfälle	598.786	135,6	50.190.251	32,0
ambulantes Operieren im Krankenhaus	101.717	86,4	107.551.540	188,0
belegärztliche Behandlung	-39.473	-2,4	84.896.286	12,0
Krankenhausfälle	967.176	7,1	4.680.375.446	5,8
Anschlussrehabilitationsfälle	178.216	86,6	664.007.169	36,1

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

Leistungsrechtlicher Bedarfsbegriff in Deutschland

Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 14.11.1985:

Unter Bedarf ist der **"tatsächlich zu versorgende Bedarf"** und nicht ein mit dem "tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf" zu verstehen.

Der **"tatsächlich zu versorgende Bedarf"** ergibt sich nach den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V aus der **Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung** durch die Ärzte und deren Anerkennung, d.h. der Abrechnung der Pflage tage durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Wissenschaftlich oder sachverständig behauptete Überkapazitäten sind nach dieser Rechtsprechung rechtlich irrelevant.

Aus dem die stationäre Behandlung beherrschenden Sachleistungsprinzip ergibt sich, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch ihre Versicherten entsteht. Die nötige Entscheidung über die Erforderlichkeit und die Art der Krankenhausbehandlung obliegt dem **Krankenhausarzt**. Eine Beschneidung von individuellen Leistungsansprüchen durch abstrakte Vergleichswerte ist nicht zulässig.

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte **leistungsrechtliche Bedarfsbegriff** wird durch das neue durchgängige pauschalierende Vergütungssystem in Form der australischen DRG`s nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflage tage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen bzw. DRG`s treten.

Wandel des Planungsgegenstandes

Seit 1973

Angebotsorientierte Krankenhausplanung

nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) :
Kongruenz zwischen Planungseinheit (Krankenhaus)
und Vergütungseinheit (Krankenhaus)

**Steuerungsziel : Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,
Bedarfsdeckung**

Ab 2005 ?

Betriebswirtschaftlich orientierte Leistungsplanung

(sozialverträgliche Wartelistensteuerung)

nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) :
Keine Kongruenz zwischen Planungseinheit (Krankenhaus)
und Vergütungseinheit (DRG)

Vorgaben von Leistungsmengen (DRG`s nach Art und Umfang)

Steuerungsziel: Beitragssatzstabilität

Ab 2015 ?

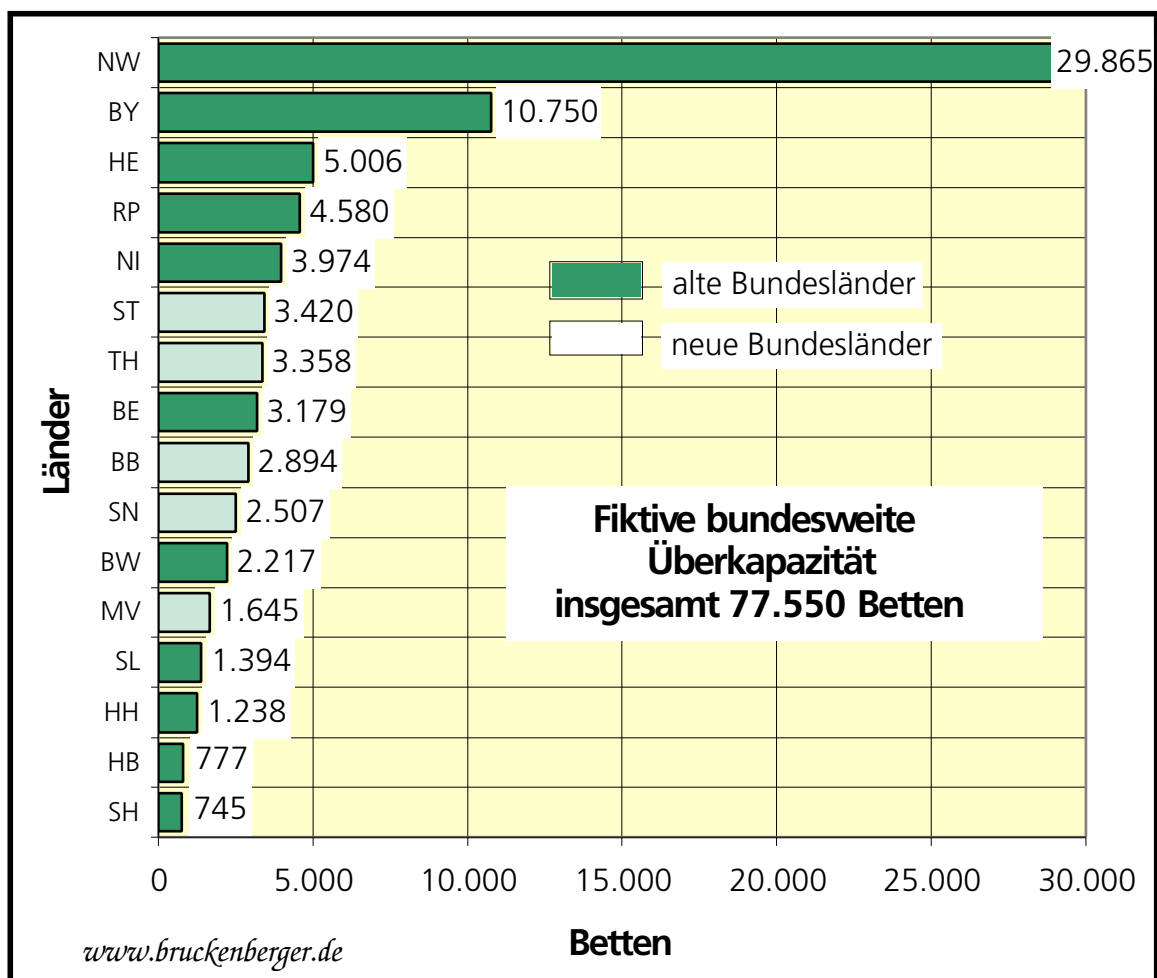
„Genorientierte Krankheitsartenplanung“ mit Hilfe der PID

Verteilung der Krankheitsarten nach gesellschaftlicher Akzeptanz,
Ausweitung der genetischen Intervention, Eingriffe in die Keimbahn,
liberale oder autoritäre Genetik (Habermas)

Steuerungsziel: Der defektfreie Mensch

30 Jahre Krankenhausplanung ergebnisorientierter Ländervergleich 1999 - absolut

Gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg (**best-practice**) und den in den einzelnen Bundesländern jeweils aufgestellten Betten gab es 1999 bundesweit eine fiktive **Bettenüberkapazität in Höhe von 77.550 Betten**. Bei diesem Vergleich wurden die für die Bevölkerung des Landes Baden-Württemberg in den einzelnen Lebensjahren unabhängig vom Behandlungsort d.h. wohnortbezogen 1999 erbrachten Pfl egetage pro 1.000 Einwohner ermittelt und mit der jeweiligen Altersstruktur der anderen Bundesländer multipliziert (Betten = Pfl egetage : 310)

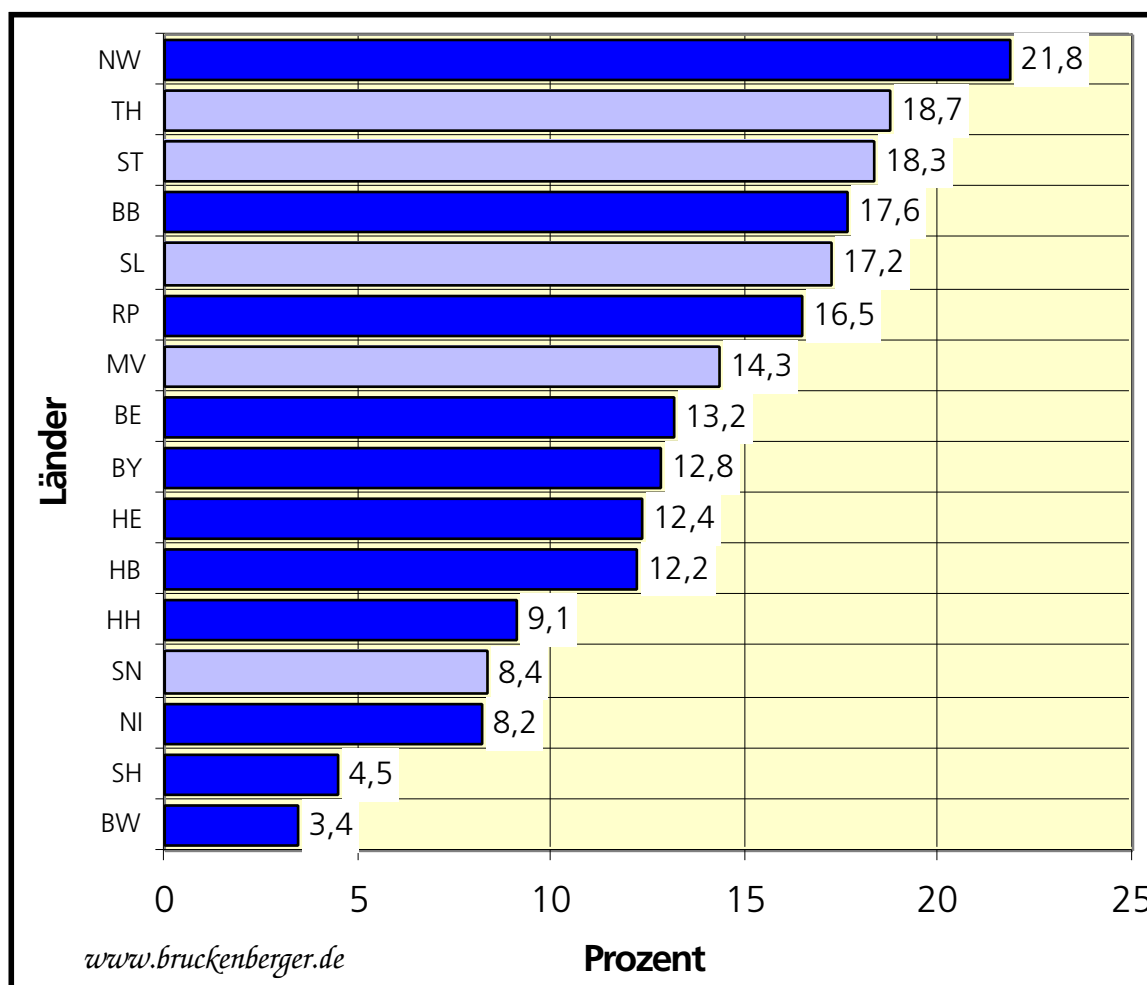


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

30 Jahre Krankenhausplanung ergebnisorientierter Ländervergleich 1999 - prozentual

Prozentuale fiktive Bettenüberkapazität der Länder gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg 1999 und den in den Ländern aufgestellten Betten.

Die in einem wohnortbezogenen und altersbereinigten Vergleich (Benchmarking) feststellbaren Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern lassen es ratsam erscheinen, den Erfolg einer Krankenhausplanung grundsätzlich am tatsächlichen Ergebnis und nicht nach den medienorientierten Ankündigungen zu messen. Ebenso müssten die Wechselwirkungen mit anderen Leistungssektoren berücksichtigt werden. Dafür fehlen nach wie vor die Daten.



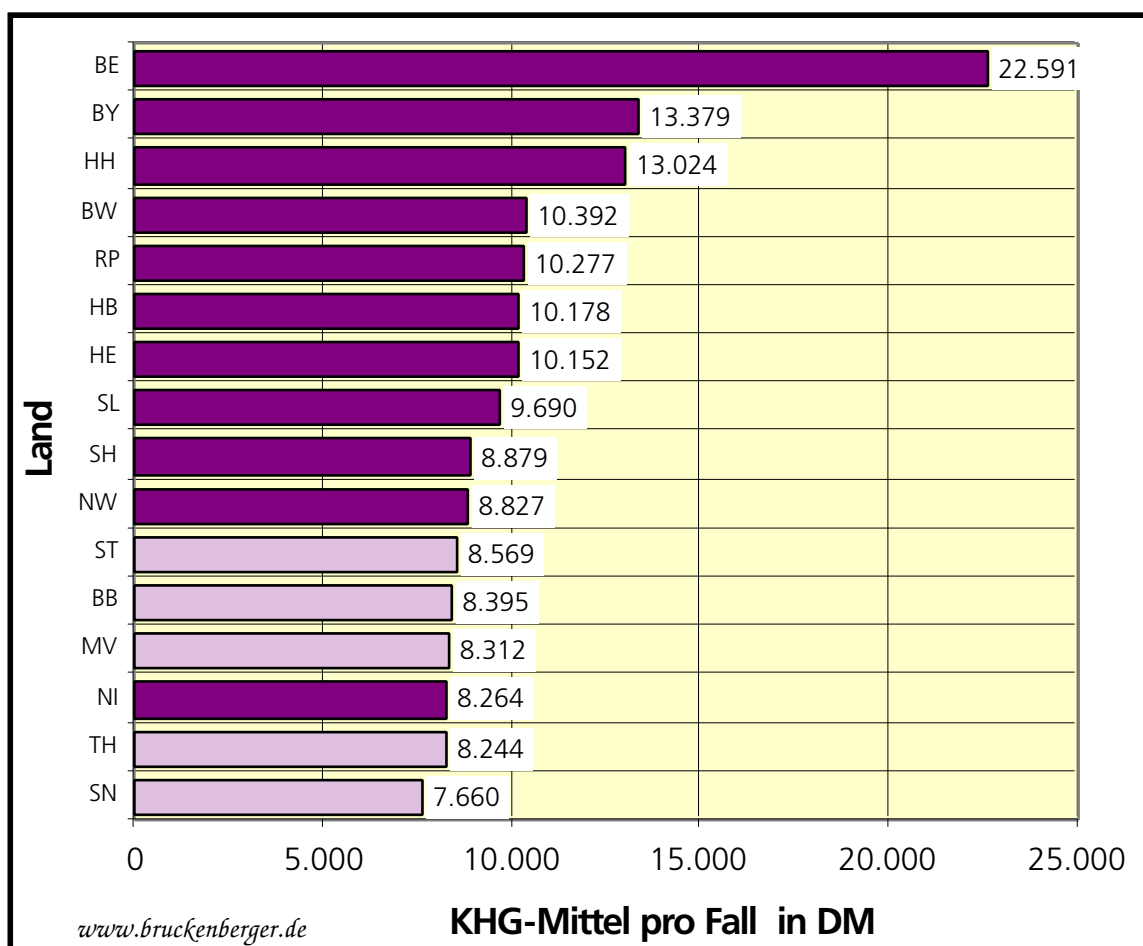
Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Fall * von 1972 bis 2000 im Ländervergleich

Die Länder sind seit 1972 ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die Plankrankenhäuser **in unterschiedlichem Umfang** nachgekommen.

Bei diesem Vergleich wurden die Investitionsmittel für die Hochschulkliniken und die Eigenbeteiligungen nicht erfasst.

Für die neuen Bundesländer gibt es erst seit 1991, d.h seit 10 Jahren, KHG-Mittel. Die mit Abstand meisten KHG-Mittel wurden mit 22.591 DM pro Fall in Berlin zur Verfügung gestellt.

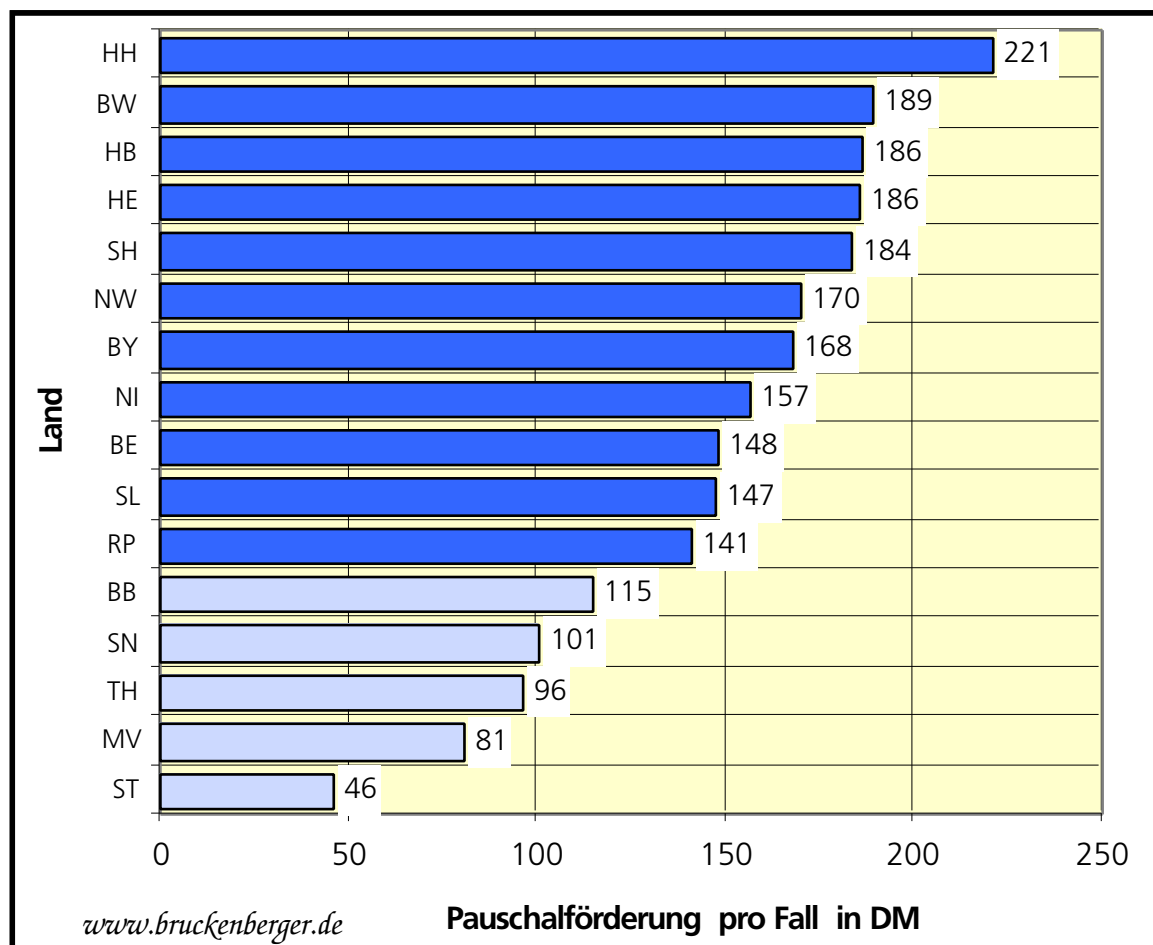


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

* KHG-Mittel von 1972 bis 2000 : Fälle 2000 (geschätzt)

Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Fall * 2000 im Ländervergleich

Die Länder kamen im Jahr 2000 ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem KHG für die pauschale Förderung **in unterschiedlichem Umfang** nach.
Die Höhe der Pauschalförderung pro Fall schwankte von DM 46 in Sachsen-Anhalt bis DM 221 in Hamburg.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

* KHG-Mittel 2000 : Fälle 2000 (geschätzt)

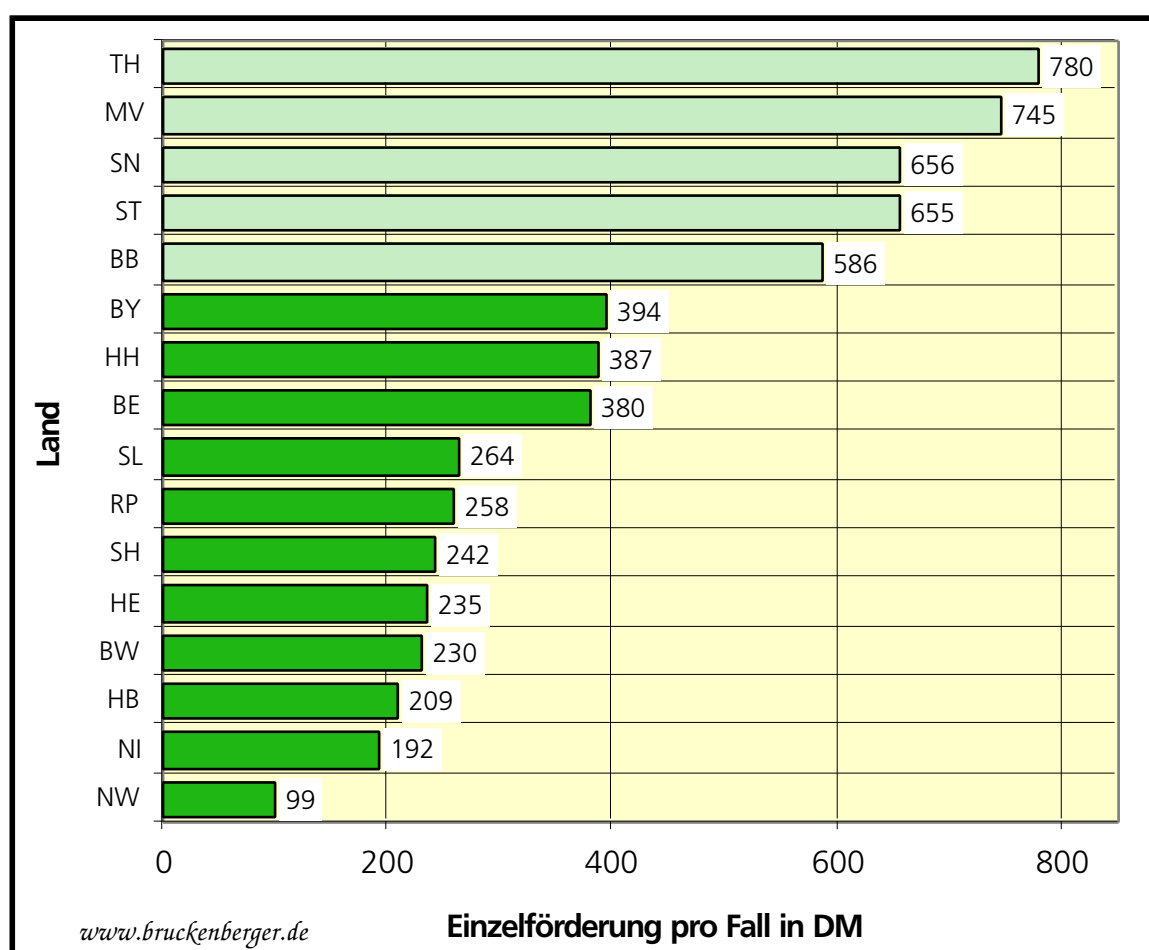
BB = Brandenburg, BE = Berlin, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, HB = Bremen, HE = Hessen, HH = Hamburg, MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SH = Schleswig-Holstein, SL = Saarland, SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, TH = Thüringen

Einzelförderung der Plankrankenhäuser pro Fall * 2000 im Ländervergleich

Die Länder kamen im Jahr 2000 ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem KHG für die Einzelförderung **in unterschiedlichem Umfang** nach.

Für die neuen Bundesländer gilt bis 2004 eine Sonderregelung.

Die Höhe der Einzelförderung pro Fall schwankte von DM 99 in Nordrhein-Westfalen bis DM 780 in Thüringen.

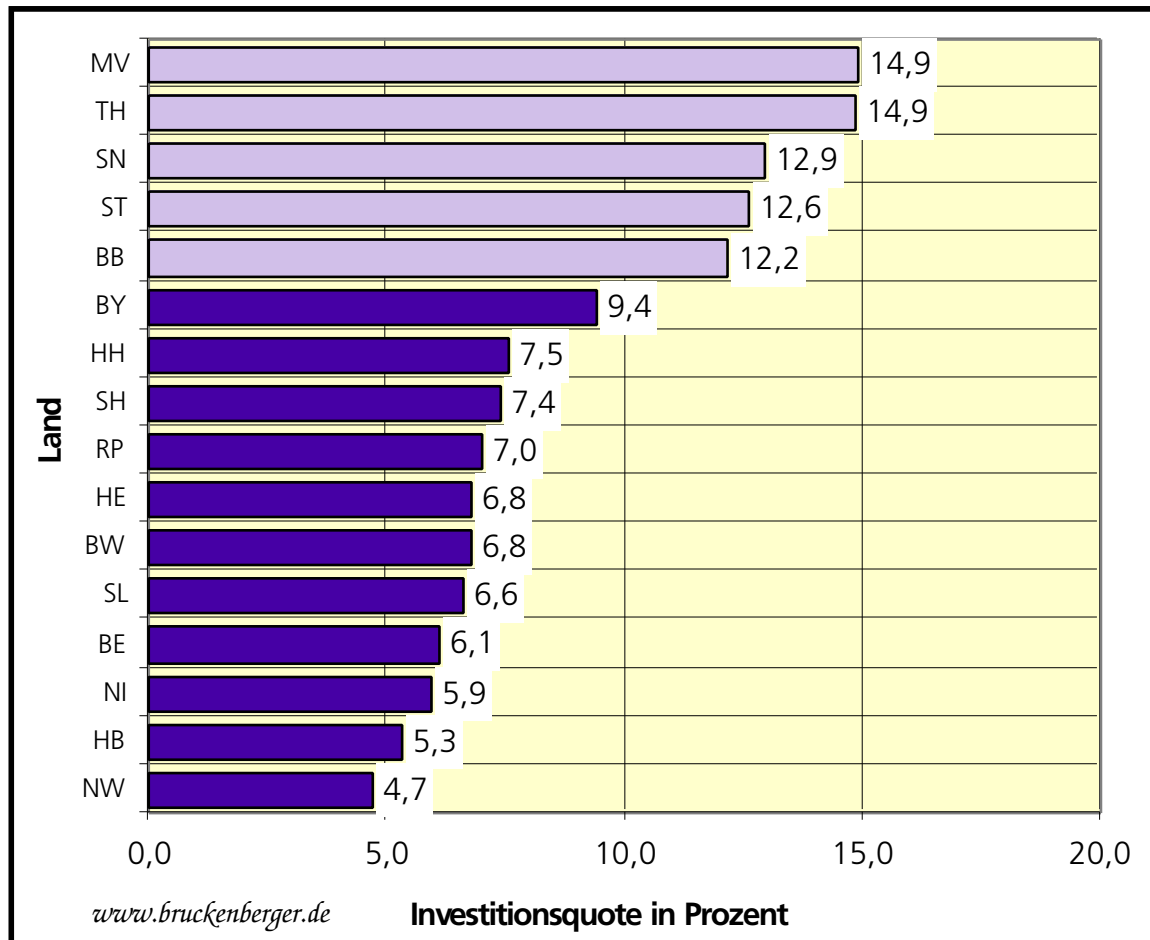


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

* KHG-Mittel 2000 : Fälle 2000 (geschätzt)

Investitionsquote der Plankrankenhäuser pro Fall im Jahr 2000 im Ländervergleich

Die Investitionsquote der Plankrankenhäuser schwankte im Jahr 2000 von **4,7 Prozent** in Nordrhein-Westfalen bis **Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen mit jeweils 14,9 Prozent.**



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze und des Statistischen Bundesamtes

Monistische Finanzierung

Die kurzfristige Einführung einer **monistischen Finanzierung** zu Lasten der Krankenkassen für alle Krankenhäuser (incl. der Hochschulkliniken) ist unter Beibehaltung der Beitragssatzstabilität als **unrealistisch** anzusehen.

Es gibt derzeit keine nachvollziehbare, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gewährleistende Lösung, mit der der derzeitige Aufwand für

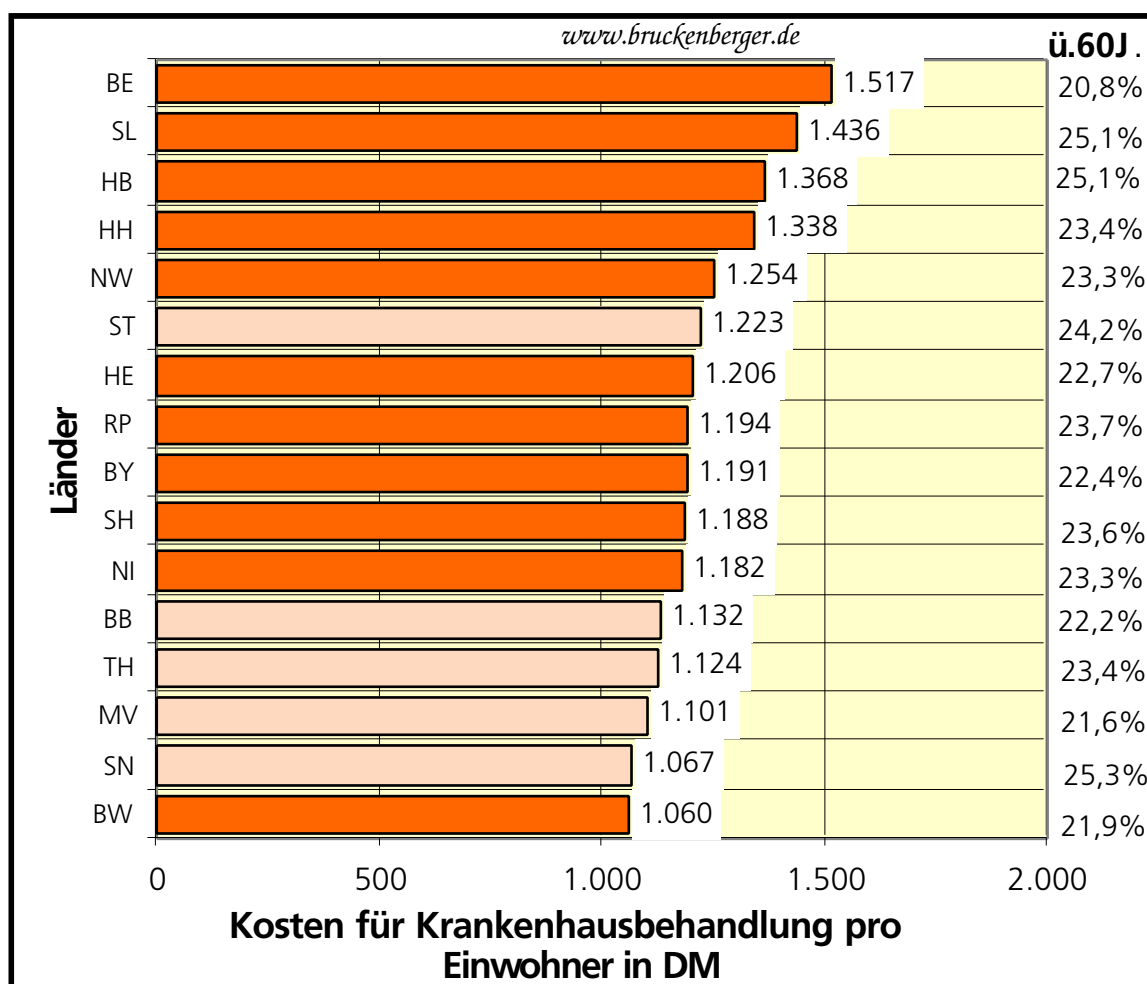
- die Pauschalförderung in Höhe von jährlich rd. 2,2 Mrd. DM,
- die Einföderung in Höhe von jährlich rd. 4,4 Mrd. DM,
- die Ausfinanzierung in Höhe von rd. 15 Mrd. DM,
- die Eigenbeteiligung in Höhe von jährlich rd. 2 Mrd. DM,
- der Investitionsstau in Höhe von rd. 15 Mrd. DM und
- die Investitionszuschüsse für die Hochschulkliniken rd. 1,7 Mrd. DM

zuzüglich Kapitalkosten bei Einhaltung der Beitragssatzstabilität von den Krankenkassen finanziert werden kann.

Insgesamt müsste bei steigenden Fallzahlen den Krankenhäusern jährlich ein Betrag von **20 bis 25 Mrd. DM** für Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Bei Benutzerkosten von derzeit rd. 100 Mrd. wäre dies eine **Investitionsquote von rd. 20 Prozent**, vergleichbar modernen Industriebetrieben.

Durchschnittliche Benutzerkosten aller Krankenhäuser 1999 im Ländervergleich

Die **wohntbezogenen** (incl. Abwanderung, abzgl. Zuwanderung) **Kosten für Krankenhausbehandlung** pro Einwohner in DM (ohne Investitionskosten) schwankten 1999 zwischen **1.060 DM** im Baden-Württemberg und **1.517 DM** in Berlin. Bei diesem Vergleich ist zu beachten, dass das **Lohnniveau** in den neuen Bundesländern unter dem der alten liegt und ein **höherer Anteil älterer Einwohner** grundsätzlich höhere Kosten verursacht.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Einsatz der DRG's in Europa im Vergleich

- Zur Abrechnung → Finnland, Norwegen, Schweden, Lettland, Dänemark, Portugal, Spanien, Italien
- Zur Budgetmessung → Frankreich
- Zur Verweildauersenkung → Belgien, Irland
- Zur Leistungssteuerung → Großbritannien

Die Einführung und Umsetzung eines DRG-Systems in einem staatlichen Gesundheitssystem, wie es in den meisten europäischen Ländern vorhanden ist, ist vergleichsweise viel einfacher als in Deutschland.



Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten von Bernhard Rochell und Norbert Roeder

Wahrscheinliche Auswirkungen der DRG`s In Deutschland

Mengenausweitung → Mengenbegrenzung
Fehlbelegung → Fehlkodierung
Leistungsplanung → Aushöhlung der Krankenhausplanung
Transparenz → Qualitätssicherung, Patientenmitsprache
Mindestfrequenz → Konzentration, Kooperation
Zuordnungsproblematik → Änderung der Weiterbildungsinhalte
Effizienzsteigerung → Auflösung der Abteilungsstrukturen
Schnittstellenproblematik → Auflösung der Sektorengrenzen
Beitragssatzstabilität → vermehrte Verlegungen
Verweildauerkürzung → Verlagerung in andere Sektoren
Ablaufänderung → hoher Investitionsbedarf
Investitionsbedarf → Trägerwechsel (zunehmende Privatisierung)
Investitionsstau → Ende der dualistischen Finanzierung
Komplexität → Zunahme der Bürokratie und des Verwaltungsaufwandes
Verunsicherung → umfangreicher Beratungsbedarf
Ökonomisierung → Verlust an Humanität, virtuelle Patienten
Erkenntnisgewinn → Ruf nach einem neuen Vergütungssystem (!!)

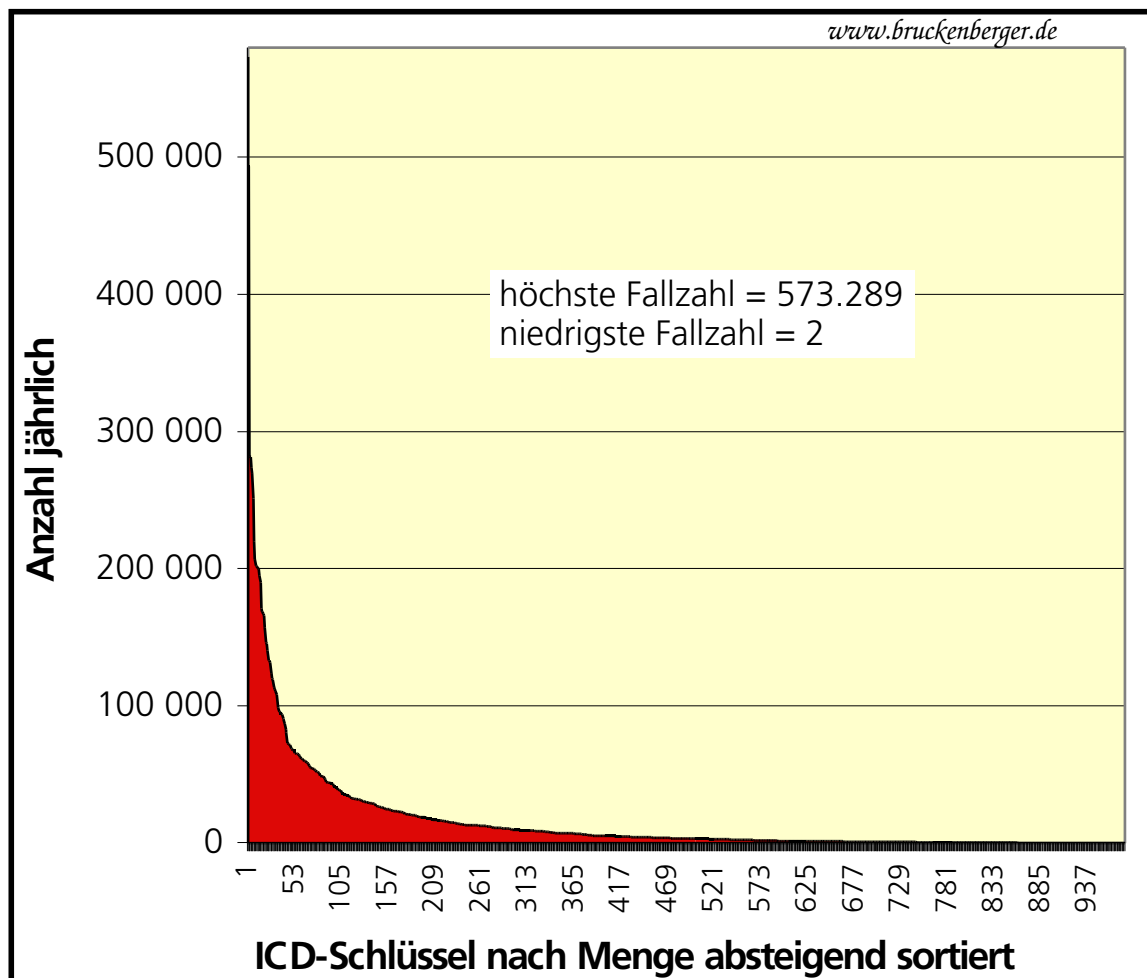
Die Einführung von **bundes- oder landeseinheitlichen Punktwerten** für die Bemessung der DRG`s wird bei den enorm **unterschiedlichen Investitionsquoten** der Länder aber auch der Krankenhäuser selbst zu **drastischen Wettbewerbsverzerrungen** und dadurch zu einer konfliktreichen Veränderung der Angebotsstruktur führen.

Nach den Erfahrungen in anderen Staaten ist davon auszugehen, dass der Weg von der **Fallpauschale** in Form der DRG`s über die **Fallkomplexpauschale** hin zu einer jährlichen **Kopfpauschale** für die Behandlung der Patienten inklusive der Verschreibung von Arzneimitteln führen wird verbunden mit einer Verlagerung des Versicherungsrisikos von den Krankenkassen zu den Leistungserbringern.

Vorgabe von Mindestleistungen

50 Prozent aller vollstationären Fälle entfielen 1999 in Deutschland **auf nur 50 Indikationen**, die übrigen 50 Prozent auf die restlichen 950 Indikationen (Basis ICD-9 Schlüssel). Beim überwiegenden Teil der Krankenhäuser beträgt der Anteil der Indikationen mit einer Jahresfrequenz von weniger als 20 über **80 Prozent**. Der Anteil der betroffenen Fälle liegt häufig zwischen **20 und 40 Prozent**. Die Bindung von Mindestleistungen an Personen und nicht an Institutionen würde das Problem der Mindestleistungen enorm verschärfen.

Unter den Voraussetzungen der geforderten Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit ist bei Aufrechterhaltung der freien Krankenhauswahl eine **flächendeckende, wohnortnahe Versorgung** gefährdet.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

www.bruckenberger.de

Planungsgrundlage Krankenhaus, Handlungsgrundlage Leistung

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind eindeutig die **Krankenhäuser** und nicht die darin erbrachten **Leistungen** Gegenstand der **angebotsorientierten Krankenhausplanung** nach dem KHG. Das eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhaus und nicht die einzelne Krankenhausleistung soll in den Krankenhausplan **aufgenommen und wirtschaftlich gesichert** werden.

Materielle Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind die Kriterien Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese Kriterien beziehen sich eindeutig auf das **Krankenhaus** und nicht auf die **einzelnen Krankenhausleistungen**.

Soweit Zu- und Abschläge **planungsrelevante** Auswirkungen haben (Sicherstellung, Notfallversorgung) muss ihr Inhalt per Gesetz und nicht durch bundesweite Vorgaben per Selbstverwaltung geregelt werden.

Für eine **Leistungsplanung** im Sinne einer verbindlichen Vorgabe aller in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen gibt es weder im KHG noch in der BPfIV noch im SGB V eine Rechtsgrundlage.

Das „**Denken in Krankenhäusern**“ führt zu statischen, das „**Denken in „Leistungen**“ zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen und zu prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen.

Der Begriff **Rahmenplanung** schafft Verwirrung. Der „**Rahmen**“ für die Krankenhausleistung kann nur das Krankenhaus sein, andernfalls würde man ein „Bild“ als Rahmen interpretieren. Man spricht von Rahmenplanung meint aber detaillierte Mengenvorgaben. Auch Mengenvorgaben müssen sich in Deutschland aber am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ und nicht an „wünschenswerten“ Mindestmengen orientieren. Bei einer Vorgabe von Leistungs- und Mengenstrukturen ist überdies eine wohnortnahe Versorgung nur durch **Aufgabe der freien Krankenhauswahl** möglich.

Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 2007

Sprengsatz: Transparenz

Ab 2003 wird als Folge des DRG-Systems erstmals in Deutschland der breiten Öffentlichkeit bekannt wo, welche und in welchem Umfang stationäre medizinische Leistungen erbracht werden und wer sie erbringt. Die damit verbundene umfassende Transparenz wird als Folge des Ökonomieprinzips und der steigenden Qualitätsanforderungen bei den Krankenhäusern verstärkt Konzentrationsprozesse auslösen bzw. die Neigung zu Kooperationen und Fusionen verstärken.

Die Leistungstransparenz wird eine Stärkung der **Selbsthilfegruppen** und **Verbraucherzentralen** mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit zur Folge haben. Der Gebrauch des Internet wird in diesen Zusammenhang an Bedeutung gewinnen und die Möglichkeiten der **Patientenmitsprache** stärken.

Die Diskussionen in der Öffentlichkeit über die tatsächliche oder vermeintliche **Unterversorgung** emotional besetzter Leistungen wird zunehmen. Dafür eignen sich besonders Leistungen, die mit den Begriffen Hirn, Herz, Krebs und Kinder verbunden sind.

Bei den Patienten wird bei der Wahl des Behandlungsortes die Frage nach den jährlichen Leistungsmengen (**Mindestleistungen**) im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 2007

Sprengsatz: Parallele Planungskompetenz

Die Krankenhausplanung ist nach gegenwärtigem Recht eine sektorale Mittelverwendungsplanung. Für die Dauer der dualistischen Finanzierung müssen de jure im Rahmen einer **angebotsorientierten Krankenhausplanung** Krankenhausstandorte und Abteilungen geplant werden, um **Fehlinvestitionen** mit öffentlichen Mitteln zu vermeiden.

Parallel dazu soll mit Hilfe der DRG´s von den Vertragsparteien zunehmend eine betriebswirtschaftlich orientierte **Leistungsplanung** mit sektorenübergreifenden Auswirkungen vereinbart werden.

Beide Systemansätze **nebeneinander** führen zwangsläufig zu Dauerkonflikten, Verunsicherung und Chaos. Die Annahme, dass die vorgesehene prospektive jährliche DRG-orientierte, krankenhausesbezogene Verteilung von rd. 16 Millionen Patienten in Form einer **Leistungsplanung** durch die Selbstverwaltung konfliktärmer und kostengünstiger ist als die bisherige fachdisziplinäre Verteilung von rd. 565.000 Betten auf rd. 2.100 Krankenhäuser mit Hilfe der staatliche **Krankenhausplanung**, ist als völlig unrealistisch anzusehen.

Bei einer freien Krankenhauswahl führt jeder Abschlag zur **Abqualifizierung** und jeder Zuschlag zu **Wettbewerbsnachteilen** für das betroffene Krankenhaus. Konkurrierende Kassen mit unterschiedlichem Versichertenklientel verstärken dieses Problem.

Sicherstellungszuschläge, mit denen als Folge von Mindestleistungen keine Qualität gesichert werden kann, haben für die betroffenen Krankenhäuser keine existenzsichernde Wirkung.

Bei der Diskussion über die verbindliche Vorgabe von detaillierten **Leistungsstrukturen und Leistungsmengen** für die einzelnen Krankenhäuser wird offensichtlich die Schutzfunktion der **Art. 12 Abs.1** (freie Berufsausübung) und **Art. 14 Abs. 1** (Eigentumsschutz) des Grundgesetzes unterschätzt.

Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 2007

Sprengsatz: Sektorenübergreifende Leistungsstrukturen

Das vertraute traditionelle Bild des Leistungsanbieters „Krankenhaus“ wird sich kurz- bis mittelfristig **extern** durch die Bildung sektorenübergreifender Angebots- und Leistungsstrukturen (kooperativ oder integrativ) und **intern** durch die Auflösung der bisherigen Abteilungsstrukturen drastisch verändern.

Der zu erwartende Konflikt zwischen der Notwendigkeit einer **wohnortnahen Versorgung als Folge der demographischen Entwicklung** einerseits und den **Konzentrationsbestrebungen** sowie der sich verschärfenden **Wettbewerbssituation** als Folge des DRG-Systems andererseits kann im Interesse der betroffenen Patienten nur durch eine **KOOPERATIVE REGIONALISIERUNG** der Krankenversorgung in Grenzen gehalten werden. Darunter ist eine enge vertraglich geregelte sektorenübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter (Krankenhaus, Praxis, Rehaeinrichtung usw.) einer bestimmten Region zu verstehen. Betroffen sind vor allem Regionen d.h. zwei oder mehrere Landkreise oder kreisfreie Städte bei denen ein überdurchschnittlicher Austausch von Patienten stattfindet.

Die **Telematik** im Gesundheitswesen wird die sektorenübergreifenden Lösungen durch neue technische Möglichkeiten der Kooperation unterstützen.

Krankenhäuser und Gemeinschaftspraxen versuchen zunehmend Leistungen des jeweils anderen Leistungssektors mit dem Hinweis auf Verzahnung, Vernetzung, Integration oder Kooperation an sich zu ziehen. Die Fortschritte der Medizin und der Medizintechnik ermöglichen vermehrt die Verlagerung stationärer Leistungen in den Praxisbereich („nicht zugelassene Mini-Krankenhäuser“). An diesem seit Jahren feststellbarem **ausgabensteigernden Verhalten** wird sich bei Fortbestehen der im übrigen Europa unüblichen **doppelt besetzten Facharztschiene** nichts ändern.

Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 2007

Sprengsatz: Hoher Investitionsbedarf

Für ein Preissystem sind sowohl eine Deckelung als auch eine dualistische Finanzierung als ineffizient und systemfremd einzustufen.

Um in dem sich als Folge der DRG`s schnell entwickelnden **Leistungs- und Qualitätswettbewerb** bestehen zu können, sind bei den Krankenhäusern als Folge von Fusionen, Konzentrationen, Verlegungen und Änderungen von Ablaufstrukturen kurz- und mittelfristig bundesweit **Investitionen in Milliardenhöhe** erforderlich. Die öffentlichen Hände sind dazu nach den Erfahrungen der letzten dreißig Jahre, von Ausnahmen abgesehen, weder Willens noch in der Lage, diese aufzubringen.

Die Konsequenz ist das zunehmende Entstehen von **Grauzonen** zwischen rechtmäßiger und rechtswidriger Finanzierung von Investitionen über die Pflegesätze bzw. die Nichtanwendung des BAT und der VOB und die damit verbundene **Wettbewerbsverzerrung** der Krankenhäuser. Davon profitieren vor allem private Träger.

Andererseits wird ohne **privates Kapital** die durch die DRG`s politisch gewollt ausgelöste drastische Veränderung der Angebots- und Leistungsstruktur nicht zu meistern sein. Wenn dem aber so ist, müssen dafür kurzfristig auch klare rechtsstaatliche Regelungen (Gleichbehandlung) für die **Refinanzierung** geschaffen werden.

Die vorgesehene Übergangszeit von sieben Jahren, in Verbindung mit der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt, der Europäisierung und der Globalisierung, wird das Problem des Investitionsbedarfs verschärfen. Die durch das **wettbewerbsorientierte Denken** in sektorenübergreifenden Leistungen und Prozessen ausgelöste Dynamik wird zwangsläufig eine schnellere Lösung der **unzureichenden Investitionsfinanzierung** erzwingen.

Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 2007

Sprengsatz: Europa

Der freie Markt und das Internet kennen keine nationalen Grenzen. Der vollendete Binnenmarkt in Europa mit gemeinsamer Wirtschaftsverfassung und einheitlicher Währung führt dazu, dass gesetzgeberische Handlungsspielräume der Einzelstaaten sich immer mehr verengen und die bislang national betriebene Sozial- und Gesundheitspolitik mittel- und langfristig supranational verzahnt werden wird.

So gesehen müssen die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland überprüft werden. Davon betroffen sind vor allem

- die in Deutschland vorhandenen doppelt besetzten Facharztstrukturen
- die sektoral geprägten Versorgungsstrukturen für die ununterbrochen ansteigende Anzahl der chronisch Kranken
- die unzureichende Investitionsförderung der Krankenhäuser
- die Einbindung der Praxen und Rehaeinrichtungen in integrierte Versorgungsstrukturen
- die künftige Rolle der Rentenversicherungsträger als Rehaträger im Rahmen der Gesundheitsversorgung,
- die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung von der solidarischen Krankenkasse zum wettbewerbsorientierten Versicherungsdienstleister (Wechsel von der Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht) und
- die künftige Einordnung der stationären Versorgung Deutschlands im europäischen Umfeld als Folge der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von medizinischen Gütern und Dienstleistungen (z.B. Sachleistungs- oder Kostenerstattungs-system).

Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter

Ende der Autonomie

Das autonome einzelne Krankenhaus, genauso wie beispielsweise die Einzelpraxis, haben unter den Bedingungen und Gesetzen der freien Marktwirtschaft sowie der demographischen und medizinischen Entwicklung grundsätzlich nur eine begrenzte Überlebenschance.

Daseinsfürsorge

Nach dem Wegfall der dualistischen Finanzierung als Folge des DRG-Systems werden die **Mitwirkungsrechte** der Länder und Kommunen neu definiert werden. Dabei gilt es die künftige Rolle der Daseinsfürsorge in der Europäischen Union zu beachten.

Sektorenübergreifende Angebotsstrukturen

Der Begriff **Krankenhausplanung** ist sektoral geprägt und wird der sich laufend verändernden Leistungs- und Angebotsstruktur nicht mehr gerecht. Angestrebt werden vertraglich geregelte kooperative Lösungen. Eine **sektorenübergreifende Planung** durch die Länder scheidet mangels Rechtsgrundlagen aus.

Zulassung

Auch nach dem Wegfall der **angebotsorientierten Krankenhausplanung** der Länder wird nicht jedes Krankenhaus nach seinen Vorstellungen, durch wen auch immer, zur Versorgung zugelassen werden.

Sozialverträgliche Wartelistensteuerung

Der beabsichtigte Ersatz der rechtsstaatlich überprüfbaren Krankenhausplanung durch eine sozialwissenschaftlich dominierte Leistungsplanung führt zwangsläufig zum Entstehen einer verwaltungsaufwendigen sozialverträglichen Wartelistensteuerung.

Investitionsfinanzierung

Die Zukunft vieler Krankenhäuser wird nicht durch das DRG-System sondern durch die **fehlende Investitionsfinanzierung** gefährdet werden.

Resumée

Es gibt **keine endgültigen Lösungen** (Popper) nur Lösungen, die noch nicht falsifiziert wurden.

Zunehmend werden früher juristisch geprägte und überprüfbare **Vorgehensweisen und Entscheidungen** durch sozial- und wirtschaftswissenschaftlich begründete **Methoden und Ankündigungen** ersetzt. **Medienwirksames Entertainment** ohne Nachhaltigkeit ersetzt die konkrete fachliche Überzeugungsarbeit.

Art und Zeitpunkt der Lösung der essentiellen Grundsatzfragen werden die Zukunft der deutschen Krankenhäuser und des gesamten Gesundheitswesens entscheidend prägen. Sollte kurz- bis mittelfristig darüber eine politische Lösung nicht erreicht werden, ist nicht auszuschließen, dass die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens weniger von den Politikern als **von den Gerichten, innovativen Leistungsanbietern** und den **Patienten** selbst vorangetrieben wird.

Über den Verfasser

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf.

Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorsitzender des Großgeräteausschusses für Niedersachsen (1989 bis 1997), Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaus-hygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, die künftige Rolle der medizinischen Rehabilitation, bundesweite jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Kardiologie/Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie.

Zwei Bücher: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“(1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“(1989). Mitarbeit an der „Studie über die Entwicklung des österreichischen Krankenhauswesens bis zum Jahre 2010“, erstellt von der VAMED ENGINEERING-Krankenhausplanungs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., Wien (1988). Stellungnahme zum „Oberösterreichischen Krankenanstaltenplan 1990“.

Erarbeitung der Grundlagen für die Krankenhausplanung, die Standortplanung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992).

Flächendeckende Strukturgespräche in Niedersachsen über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995), Umsetzung von flächendeckenden integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Schwer-Schädel-Hirnverletzte und Herzchirurgie.

Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren in Form der kooperativen Regionalisierung durch Regionalverbände und Managements GmbH's.

Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

© Dr. Ernst Bruckenberger
Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover
Hitzackerweg 1a
30625 Hannover

Telefon und Fax:
privat:
Telefon: 0049/511-574553
Fax: 0049/511-574553
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: www.bruckenberger.de



14.7.2001