

Lecture

The situation of the German health care system[†]

Birgit SCHIFFMANN *Kaiserswerth*

Einleitung :

Die Situation des deutschen Gesundheitswesens

Das solidarische Gesundheitssystem in Deutschland galt über Jahrzehnte weltweit als Modell. Nur wenige Länder auf der Welt verfügen über eine vergleichbare soziale Absicherung ihrer Bevölkerung.

- Jeder fünfte erwerbstätige Deutsche ist ganz oder teilweise im Gesundheitswesen beschäftigt.
- In knapp 600 gesetzlichen Krankenkassen arbeiten fast 150.000 Menschen.
- Mit ca. 2.200 Krankenhäusern verfügen wir über eine ausreichende stationäre Versorgung in Deutschland.
- 287.000 Ärzte arbeiten im Gesundheitswesen (Europarekord).
- Eine große Vielfalt an Medizintechnik steht uns zur Verfügung.
- Die Gesamtleistungen des Gesundheitswesens belaufen sich auf ca. \$ 281 Mrd.
- Seit 1970 ist der Anteil der Gesundheitsfürsorge an der gesamten Volkswirtschaft von 6,3% auf 10,7% gestiegen. Damit ist Deutschland hinter den USA Spitzenreiter.

Versorgungsdichte und Versorgungsqualität haben einen schwer zu überbietenden Standard erreicht, einen Standard, an den sich die Gesellschaft gewöhnt hat. Aber auch einen Standard, der teilweise zu einer Überversorgung geführt hat und einen Standard, dessen Finanzierung uns als Gesellschaft in dieser Form immer schwerer fällt.

Am nachhaltigsten/negativsten haben folgende Entwicklungen zu dieser Situation geführt :

- Die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung hat sich seit den 80er Jahren gravierend verändert. Die Zahl der unter 21-Jährigen liegt nur noch bei 21,5%. Über 1/5 der deutschen Bevölkerung ist über 60 Jahre alt. Die Lebenserwartung der Menschen ist deutlich gestiegen. Das hat einerseits zu erheblichen Mehrausgaben im deutschen Sozialwesen geführt. Davon ist das Gesundheitswesen im besonderen Maß betroffen. Die gestiegene Lebenserwartung ist u. a. Ergebnis der sich permanent verbessernden medizinischen Diagnostik und Therapie.
- Ein weiterer entscheidender Faktor ist die wenig erfreuliche gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Die dauerhafte Arbeitslosigkeit (ca. 10,2%), die rückläufigen Steuereinnahmen sowie erhebliche Aufwendungen im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung (1989) haben u. a. zu einer erheblichen Staatsverschuldung beigetragen. D. h. jeder vierter Steuereuro dient zur Deckung der Zinslast.

Weitere Faktoren, die das Gesundheitswesen beeinflussen, möchte ich Ihnen in meinem folgenden Vortrag vorstellen.

Das Krankenhaus und seine Einflussfaktoren

Die Informationstechnologie

Die technologischen Möglichkeiten haben die Welt des Gesundheitssystems erobert. Das Internet setzte die Informationsmöglichkeiten, die Kommunikationsmöglichkeiten und Beratungen zwischen Ärzten, Pflegen den Patienten und Angehörigen on-line.

[†] Vortrag in der Aino-Hall am 29. 05. 2002

Die Patienten

Präventive und kurative Maßnahmen haben erheblich zur Lebenszeitverlängerung beigetragen.

Die Prävention ist hauptsächlich durch die Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung geprägt. Die kurativen Maßnahmen liegen in der Einrichtung der verschiedenen Rehabilitationszentren.

- Rehabilitationskliniken für Wachkomapatienten
- Rehabilitationskliniken für chronisch degenerative Erkrankungen (Herzkrankung)
- Rehabilitationskliniken nach Sportverletzungen u. s. w.

Die demographische Entwicklung bei zunehmender Multimorbidität stellt neue Anforderungen an den Dienstleister in der stationären Versorgung. Aus der deutlich gestiegenen Anzahl der Singles ergibt sich ein gravierend höherer Bedarf an ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie entsprechender Beratung.

Umfangreiche Dienstleistungsangebote (Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen) für Senioren wurden entwickelt, um dem geänderten Bedarf der Gesellschaft gerecht zu werden. Die alternde Gesellschaft in Deutschland verursacht immer höhere Kosten im Gesundheitswesen.

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Bereits 1999 war Deutschland eine dienstleistungsorientierte Volkswirtschaft. Seit Jahren steigt der Anteil der Dienstleistungen im Unternehmensspektrum.

Folgende Wirtschaftsstruktur herrscht gegenwärtig in Deutschland :

- Primärsektor : Land- und Forstwirtschaft, Abbau von Bodenschätzen
 - ▶ 1,3% der volkswirtschaftlichen Leistung
- Sekundärsektor : produzierende Industrie
 - ▶ 30,7% der volkswirtschaftlichen Leistung
- Tertiärsektor : Dienstleistungsbereich
 - ▶ 68% der volkswirtschaftlichen Leistung

Quelle : Statistisches Bundesamt

Wirtschaftstrukturell dominiert der Dienstleistungsbereich (Tertiärsektor) weite Teile unserer Volkswirtschaft.

Das Bruttoinlandprodukt wuchs 1999 um 1,5%. Deutschland befindet sich in einer Phase schwachen Wachstums. Im Wesentlichen trägt der Export zum Wirtschaftswachstum bei. Die Arbeitslosenzahl beträgt momentan ca. 4,5 Mio. Die soziale Absicherung ist in der bestehenden Art und Weise nicht mehr finanzierbar.

Krankheiten

Ende der 90er Jahre waren in Deutschland Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die häufigste Todesursache :

Der Bedarf an Leistungen im Bereich degenerativer altersbedingter Erkrankungen war und ist immer noch sehr hoch. Rückläufig ist die Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen bei Geburtshilfe, Neugeborenenbehandlung, Pädiatrie und Infektionskrankheiten (z. B. AIDS).

Multimorbidität ist eine der großen Herausforderungen des Gesundheitswesens. In den letzten Jahren (2001) nahm die Anzahl der zu behandelnden Fälle im stationären Bereich aufgrund der demographischen Entwicklung sowie des diagnostischen und therapeutischen Fortschrittes zu.

Gesetzliche und institutionelle Entwicklung

Der Staat nimmt seinen Auftrag zur Wahrung des Grundrechtes auf medizinische Versorgung aktiv wahr. Die einzelnen Bundesländer erstellen jeweils Krankenhausbedarfspläne, die die Grundlage der gesetzlich geregelten dualen Finanzierung bilden.

Die Versicherungsaufsicht ist geteilt : es gibt eine Aufsicht über das private Versicherungswesen sowie das Aufsichtsamt als zuständige Aufsichtsbehörde für die Sozialversicherungsträger. Die Ausbildung des medizinischen Personals wird durch den Staat geregelt und reglementiert.

Gemäß dem sozialen Gesetzbuch (SGB) V dürfen nur solche Einrichtungen als Krankenhaus angesehen werden, die unter ständiger ärztlicher Leitung über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und jederzeit in der Lage sind, mit Hilfe von Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu

lindern oder Geburtshilfe zu leisten.

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung hat jeder Versicherte gemäß § 27 SGB V.

Seit Anfang der 80er Jahre gab es mehrere Gesundheitsreformgesetze, welche die Krankenhausfinanzierung beschnitten. Die Reformansätze beschreiben verschiedene Formen der Budgetierung bis zur Einführung von Fallpauschalen für bestimmte Krankheitsbilder.

Qualitätsanforderungen

Die Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen ist fokussiert auf die Prozess- und Ergebnisqualität.

Für die Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen gibt es im Krankenhaus noch keine eindeutigen Überprüfungsmöglichkeiten, wohl aber Pflegestandards und Pflegediagnosen. Im ambulanten Bereich gibt es mittlerweile einen Überprüfungsdienst der Krankenkassen (MDK = medizinische Dienst der Krankenkassen). Diese Abteilung überprüft im Sinne der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach dem Qualitätssicherungsgesetz (§ 80 SGB) in den einzelnen ambulanten Pflegediensten.

Finanzierung

Die Gesamtleistungen des Gesundheitswesens betragen mittlerweile ca. \$ 281 Mrd.

Die Personal- und Sachkosten im Krankenhaus :

- Personalkosten : ca. 67,5%
- Sachkosten : ca. 32,5%

Quelle : DKG 1999

Die Personalkosten machen über zwei Drittel der Gesamtaufwendungen aus. Davon werden knapp über 60% für ärztliche und pflegerische Leistungen aufgewendet. Knapp 40% fließen in die Bereiche der medizinisch-technischen Funktionsdienste, der Wirtschafts-, Versorgungs- und technischen Dienste sowie in die Verwaltung und sonstigen Dienste.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Kosten der stationären Behandlung in Deutschland überdurchschnittlich hoch liegen.

Marktwirtschaft

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat sich

zwischen den Krankenhäusern seit Jahren in sehr eingeschränkter Weise entwickelt. Die Versicherten können zwischen den unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen frei wählen. Dadurch sollen die Kassen stärker motiviert werden, ihr Handeln stärker an die Interessen der Versicherten auszurichten.

Die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser sind arztorientiert und abteilungs-fokussiert. Die privaten Krankenhausträger haben ihre Klinikleitungen bereits aufgefordert umzudenken und sich ein echtes Dienstleistungsunternehmen und Dienstleister am "Kunden" Patienten auszurichten.

Ein Krankenhausbetriebsvergleich ist in der Bundespflegesatzverordnung gesetzlich vorgeschrieben. 1999 waren die wenigsten Krankenhäuser bereit, sich untereinander zu vergleichen und hierzu ihre Prozesse und Zahlen offenzulegen.

Insgesamt hatte das Aufgreifen von gesundheitspolitischen Fragen zu einem verschärften Veränderungsdruck im Gesundheitswesen geführt.

Forschung und Entwicklung

Medizinische Forschung findet im Bereich der Grundlagenforschung zum größten Teil in den Universitäten statt. Anwendungsorientierte Forschung wird momentan wenig in den Kliniken fokussiert.

Trägervielfalt

In diesem Einflussfeld ist vor allem die Trägerstruktur ein wichtiger Faktor. Sie untergliedert sich in:

- Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser
- Freigemeinnützige Krankenhäuser
- Private Krankenhäuser
- Sonderkrankenhäuser
 - ▶ Psychiatrien
 - ▶ Gefängniskrankenhäuser
 - ▶ Tages- und Nachtkliniken

Von 1990 bis 1997 wurden in Deutschland insgesamt 189 Krankenhäuser geschlossen, momentan gibt es fast 2.000 Krankenhäuser. Die privaten Krankenhäuser stellen im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern eine Ausnahme dar. Diese konnten dem Negativtrend entgegenwirken und die Zahl der privaten Krankenhäuser steigern.

Versorgungsstruktur

Die Notfallversorgung mit Rettungsleitstellen, Notfallambulanzen, Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten stellen ein gut gegliedertes System dar.

Die stationären Bereiche werden organisatorisch strikt von den ambulanten Versorgungseinrichtungen getrennt. Die ambulanten Bereiche stehen teilweise in Konkurrenz zu den stationären Einrichtungen. Patienten, die möglicherweise auch ambulant behandelt werden könnten, wurden stationär versorgt, um die Betten im Krankenhaus zu belegen (DKG, 1999).

Europäischer Markt

Es gab keine wesentliche Arbeitnehmerwanderung in Europa außer bei herausragenden Spezialisten der Ärzteschaft (ca. 2%).

Im Markt der Medizintechnik dominieren die Hersteller Philips (NL), Siemens (BRD) und General Electric (USA).

Patientenwanderungen im EU-Binnenmarkt konnten nicht recherchiert werden, da es keine transparente Daten dazu gibt. Die Untersuchungen von Ausländern konnte 1999, soweit es sich um Privatpatienten handelte, höher abgerechnet werden als die Untersuchungen und Behandlungen von in der GKV versicherten Inländern, da unterschiedliche Gebührenordnungen zugrunde zu legen waren und heute noch sind.

Letztlich hat der europäische Binnenmarkt nahezu keinen Einfluss auf das deutsche Krankenhauswesen.

In meinem nächsten Beitrag möchte ich erläutern, welche Schritte unternommen werden könnten, um unser Gesundheitswesen wieder finanzierbar zu machen?

Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems (DRG's) zum 01. 01. 2003

Neben dem Gesundheitsreformgesetz 2000 erfolgte auch eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Vorgabe, dass für alle stationären Krankenhausleistungen die bisher abgerechneten Pflegesätze durch ein neues Vergütungssystem zum 01. 01. 2003 abgelöst werden sollen.

Das zukünftige Abrechnungssystem soll leistungsorientiert und pauschalierend sein und bei

praktikablen Differenzierungsgrad Komplexitäten und Comorbiditäten (d. h. Schwierigkeiten sowie Besonderheiten und Nebendiagnosen der Behandlung) erläutern. Bei dieser Gesetzesänderung handelt es sich um die einschneidendste Änderung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland seit Jahrzehnten.

Zum vorgesehenen Einführungszeitpunkt 01. 01. 2003 werden die bisherigen Abteilungspflegesätze, der Basispflegesatz sowie die bisherigen (wenigen) Fallpauschalen und Sonderentgelte komplett durch 600–800 Fallpauschalen (sog. DRG's – Diagnosis Related Groups) ersetzt. In einem DRG-System werden alle stationären Fälle jeweils spezifischen Behandlungsfallgruppen zugeordnet, die ähnliche Behandlungsfälle aufgrund vorliegender Daten wie Diagnosen, Prozeduren, Leistungen sowie weitere patientenbezogene Merkmale wie Alter, Gewicht, und Verweildauer vereint. Durch diese Klassifikationssysteme werden Fallgruppen gebildet, mit denen klinisch ähnliche und möglichst kostenhomogene Fälle in derselben Gruppe zusammengeführt werden. Mit den DRG-Fallpauschalen sollen Leistungen des Krankenhauses, quasi als "Produkte", für alle Beteiligten transparent dargestellt werden.

Der Gesetzgeber gab dem Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Frist bis 30. 06. 2000, um sich über die :

- Grundstrukturen des ab 01. 01. 2003 einzuführenden Vergütungssystems,
- über das Bewertungsverfahren sowie über die
- DRG-Fallgruppen zu verständigen.

Nach umfangreichen Systemvergleichen von bereits international eingesetzten Patientenklassifikationssystemen haben sich die Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit am 27. 06. 2000 auf das australische AR-DRG-System als Basis für das deutsche G-DRG-System (G für German) geeinigt.

Das australische DRG-System wurde als Basis für Deutschland gewählt, da es medizinisch auf aktuellstem Stand ist und zugleich in der Lage sei, mit Hilfe eines sehr ausgefeilten Systems die ökonomischen Schweregrade der Patienten gut abzubilden. Das australische System kann jedoch aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen und ordnungspolitischer Rahmenbedingungen in Australien nicht 1 : 1 übertragen und

damit unverändert in Deutschland eingeführt werden.

Wie bereits eingangs erwähnt, folgt die primäre Bildung einer Fallgruppe nach ökonomischen (und nicht nach medizinischen) Kriterien. Dabei werden Fälle in einer Fallgruppe zusammengefasst, die im Mittel die gleichen Ressourcen verbrauchen. Zu dieser Fallgruppenbildung ist es notwendig, auch für Deutschland zunächst umfangreiche statistische Analysen von Morbiditätsdaten (Diagnose, Prozeduren, Alter etc.) im Kontext zu Kosten- und/oder Verweildauerdaten durchzuführen.

Charakteristisch für alle DRG-Systeme ist die Bewertung der Fallgruppen mit sog. relativen Kostengewichten (Relativgewichten), welche die durchschnittliche ökonomische Fallschwere einer DRG bezogen auf einen Referenzwert darstellen. Als Referenzwert bzw. Bezugsleistung werden üblicherweise

die Durchschnittskosten aller DRG's zugrunde gelegt. Das Referenzkostengewicht wird mit 1 bewertet. Die Relativgewichte für die deutschen DRG-Fallgruppen sind durch noch zu erfolgende Kostenkalkulationen zu ermitteln. Der Fallerlös einer DRG ergibt sich letztlich aus der Multiplikation ihres Relativgewichts mit dem Basisfallpreis, wobei der Basisfallpreis bundes- oder länder einheitlich vorgegeben wird.

Mit der Einführung eines DRG-Systems als Abrechnungsinstrument kommt der Kodierung der Diagnosen- und Prozedurenschlüssel sowie der klinischen Dokumentation eine existentielle Rolle für das Krankenhaus und den einzelnen Abteilungen zu. Bei einem DRG-System ist die korrekte und vollständige Angabe aller gruppierungsrelevanten Falldaten unmittelbar berechnungsrelevant. Werden z. B. Nebendiagnosen nicht zutreffend/korrekt dokumentiert, er-

DRG - Diagnosis Related Groups

Fallpauschalen für die gesamte Behandlung im Krankenhaus

Konstruktion

- ☞ Aufwandshomogene Behandlungsfallgruppen
- ☞ Beschrieben durch Diagnosen/Prozeduren
- ☞ Ähnlicher Ressourcenaufwand im Mittel
- ☞ Exakter Leistungsrahmen kann differieren
- ☞ Risiken und Begleiterkrankungen werden in Schweregrade abgebildet

Sinn und Zweck

- ☞ Produktbeschreibung
- ☞ Transparenz der Leistungen
- ☞ Info über die Behandlungsqualität
- ☞ Basis für die Leistungsabrechnung
- ☞ Messung von Klinikeffizienz
- ☞ Interne/externe Leistungsplanung

$$\text{DRG-Erlös} = \text{DRG} - \text{Relativgewicht} \times \text{Basisfallpreis}$$

DRG	Relativgewicht	DM-Erlös
Basisfallpreis (Annahme: 4.200,-) Bezugsleistung	1,00	→ 4.200,-
Cochlear Implant	8,90	→ 37.380,-
Tonsillektomie	0,58	→ 2.436,-

folgt die Eingruppierung in eine niedriger bewertete DRG-Fallgruppe und führt somit auch zu niedrigeren Erlösen/Zahlungen.

Der Fallzuordnung des AR-DRG-Systems liegt ein Gruppierungsalgorithmus zu Grunde, der jeden Behandlungsfall auf der Basis einer Gruppierungssoftware (sog. Grouper) und den genannten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Prozeduren etc. in eine der 600–800 DRG-Fallgruppen einordnet. Insbesondere die Dokumentation von aufwendigen Nebendiagnosen für Begleiterkrankungen und Komplikationen führt in der Regel in der Eingruppierung zu einer höher bewerteten DRG mit entsprechend höheren Zahlungen.

Da mit den DRG-Preisen der komplette Behandlungsfall von der Aufnahme bis zur Entlassung unabhängig von der Liegezeit vergütet wird, ist nach Einführung der DRG's in 2003 mit einer deutlichen Verkürzung der Verweildauern in den deutschen Krankenhäusern zu rechnen. Aus internationalen Erfahrungen ist bekannt, dass ein fallpauschalierendes Entgeltsystem dazu neigt, bei vorgegebenen einheitlichen Preisen notwendige Kostensenkungen durch reduzierte Qualität zu erreichen. Um dem entgegen zu wirken, müssen Krankenhäuser verpflichtet werden, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Sind Krankenhäuser zukünftig nicht in der Lage, diesen Verpflichtungen nachzukommen, werden die Erlöse/Zahlungen reduziert.

Gemäß der gesetzlichen Vorgabe müssen bis Ende dieses Jahres die DRG-Fallpauschalkataloge und -preise durch die Krankenkassen vereinbart und definiert sein. Dies bedeutet für die Krankenhäuser, dass noch im Jahr 2001 unter großem Zeitdruck die

Kalkulationen (Relativgewichte) für die 600–800 vorgesehenen DRG's durchgeführt werden müssen.

Krankenhäusern, denen es nicht gelingt, ihre Kostenstrukturen entsprechend anzupassen, laufen Gefahr mittelfristig aus dem Markt auszuschneiden.

Ab 2005 erfolgt dann eine stufenweise Angleichung der bisherigen Krankenhausbudgets an das neue DRG-Preisniveau mit der Zielsetzung, ab 01.01.2007 alle Krankenhausleistungen nach einem einheitlichen DRG-Preis abzurechnen.

Ob ein Krankenhaus zu den "Gewinnern" oder "Verlierern" eines DRG-orientierten Vergütungssystems gehören wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden, da bisher weder die konkreten Fallgruppen mit ihren Relativgewichten und Vergütungsregelungen noch die endgültigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen bekannt sind und somit die ökonomischen Auswirkungen für die einzelnen Krankenhäuser noch nicht abgeschätzt werden können.

Heute absehbar ist jedoch, dass durch das DRG-System :

- Prozessabläufe in der Medizin und Pflege effizienter werden (durchdachte Handlungen).
- Verweildauern sich weiter reduzieren (ambulant vor stationär).
- eine ausführliche Dokumentation für eine korrekte Abrechnung stattfinden muss (für die Pflege sehr bedeutend).
- das Qualitätsniveau über das Qualitätsmanagement überprüft wird.
- eine transparente Behandlung möglich ist.

This article is written by Ms. Birgit Schiffmann, a Registered Nurse who holds a Degree in Nursing Education. Germany, Düsseldorf, May 2002