

Aufbruch im Deutschen Gesundheitswesen - ist die Planwirtschaft am Ende

Vortrag von Dr. med Heiner Austrup, Chefarzt Orthopädie
am 26.4.2006 im Krankenhaus in Winsen

Ich möchte die aktuelle Situation der deutschen Krankenhäuser, einige Zusammenhänge und die sich daraus für uns ergebenden Konsequenzen verdeutlichen.

Wirtschaftliche Eckdaten:

Im Jahre 2003 beliefen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf ca. 145 Milliarden €.

Einige wesentliche Positionen sind (gerundete Werte in Milliarden €):

Krankenhäuser:	47
Ärzte:	23
Arzneimittel:	23
Heil-und Hilfsmittel:	12
Zahnärzte:	12
Krankengeld:	7
Kuren:	3
Fahrkosten:	3
Verwaltungskosten der Krankenkassen:	8

Im Deutschen Gesundheitswesen arbeiteten 2003 ca. 3,3 Millionen Vollzeitkräfte, davon etwa je 1,3 Mill. Mitarbeiter im ambulanten und stationären Bereich, 180 000 in den Verwaltungen und 250 000 im Bereich der Vorleistungsindustrien (Quelle Statistisches Bundesamt)

- Momentan gibt es in Deutschland ca. 2200 Krankenhäuser.
- Die Zahl der Akuthäuser ist seit 1991 um fast 8% zurückgegangen, die Zahl der Rehakliniken um 14 % gestiegen (KBV 2004)
- Es werden 36 % öffentlich, ca. 38 % freigemeinnützig und 26 % privat geführt.
- Seit 1991 hat sich die Zahl öffentlicher Häuser zugunsten privater um 10% verringert (KBV 2004). Die Privatisierungstendenz der letzten 10 Jahre mit einem Verkauf öffentlicher Häuser an private Ketten setzt sich z.Zt. jedoch nicht mehr fort, weil verschiedene Rahmenbedingungen diese für Investoren nicht mehr lukrativ erscheinen lassen.
- Die Bettenzahl der Akuthäuser beträgt derzeit etwa 550 000, das sind fast 18 % weniger als 1991, in den Rehakliniken ist ein Anstieg zu verzeichnen.
- Ein Synonym für die Rationalisierungsprozesse ist die durchschnittliche Krankenhausverweildauer, die von 1970 bis 2003 von 21,5 Tagen auf 10,2 zurückgegangen ist und derzeit noch wesentlich weiter verkürzt wird.
- Die Zahl der jährlich behandelten Patienten stieg hingegen um etwa 20 %.

Die stationäre Versorgung befindet sich in einem grundlegenden Umbruch.

Krankenhäuser stehen vor schwierigen Herausforderungen als Folge gesetzlicher Vorgaben, aber auch lange ungelöster, hausgemachter Probleme. Bundesweit ist die Situation momentan geprägt durch einige wesentliche Faktoren. Deren Bedeutung für die Zukunft öffentlicher und privater Krankenhäuser möchte ich erläutern.

Ärztemangel

Vor einigen Tagen wurde im Hamburger Abendblatt publiziert, dass z. Zt. etwa 40 % der Medizinstudienabgänger ihre Ausbildung nicht mehr fortführen und stattdessen in paramedizinischen Bereichen tätig werden.

Nach einer Untersuchung des Berufsverbandes der Chirurgen können zzt. ca. 27 % der Assistenzarztstellen chirurgischer Abteilungen nicht besetzt werden. Bis zu 40% der Studienanfänger beenden ihre Arztausbildung nicht (Stat.Bundesamt). Der Anteil der unter 35-jährigen berufstätigen Ärzte/innen ist von 1991 bis 2005 von 27,4% auf 15,4% zurückgegangen (DÄB 10.03.06).

Ursache dieses Phänomens sind die auch im europäischen Vergleich schlechten Arbeitsbedingungen, die schlechte Vergütung und insbesondere auch die schlechten beruflichen Perspektiven.

Heute sind die Krankenhausmitarbeiter im medizinischen und im Verwaltungsbereich auch durch eine zunehmende Bürokratisierung bis an die Grenzen ausgelastet

Es ist dringend erforderlich, am Gesundheitssystem nicht nur unter monetären Aspekten der Krankenkassen und Sozialsysteme zu laborieren, sondern auch diese systematischen Gesichtspunkte zu bearbeiten.

Umstellung der Krankenhausfinanzierung

Bis zum Ende dieses Jahrzehnts soll eine grundlegende Änderung des Krankenhausfinanzierungssystems abgeschlossen sein.

Bisher ist die Krankenhausfinanzierung dual und erfolgt einerseits durch Landeszuschüsse bei gezielten Investitionsmaßnahmen und zurückliegend auch erhebliche Zuschüsse des Trägers.

Der hiesige Landkreis ist dabei oft mit gutem Beispiel vorangegangen und hat damit sehr zur positiven Entwicklung der beiden Krankenhäuser Buchholz und Winsen beigetragen.

Das Alltagsgeschäft wurde wesentlich kassenseitig durch hausbezogene Pflegesätze orientiert an der Bettenbelegung und Kostenstruktur finanziert, Besonderheiten durch Zuschüsse.

In jährlichen Krankenkassenverhandlungen wurde die Kostensituation der einzelnen Häuser berücksichtigt und dadurch kamen für die Behandlung gleicher Erkrankungen im bundesweiten Vergleich durchaus unterschiedliche Zahlungen zustande.

Insbesondere Krankenhäuser mit hohem Finanzaufwand sei es durch ungünstige Kostenstrukturen oder auch deren Vorhalten aufwändiger medizinischer Behandlungsstrategien behandelten dabei oft zu wesentlich höheren Kostensätzen

Völlig neu ist jetzt ein Finanzierungsmodell, demzufolge in Zukunft bundesweit nahezu alle krankenhauspflichtigen Behandlungen nach einem pauschalen System vergütet werden sollen (Diagnosis Related Groups).

Kern der neuen Systematik ist, dass für jede Erkrankung zunächst landesweit ein einheitlicher Vergütungswert bestimmt wird. Komplizierende Begleit- und Nebenerkrankungen finden durch einen Steigerungsfaktor Berücksichtigung.

Momentan befinden wir uns in einer Übergangsphase vom alten zum neuen System und etwa ab dem Jahre 2009 / 2010 ist an eine komplette Umstellung gedacht.

Budgetierung seit 1993

Ein wesentliches aktuelles Problem der Häuser ist z.Zt., dass seit 1993 die Krankenhausetats fest budgetiert sind und seit damit etwa 14 Jahren nur noch unwesentliche Steigerungen der Jahreseinnahmen stattgefunden haben.

Investitionen, Tarifsteigerungen und andere Kosten wurden in den zurückliegenden Jahren durch interne Rationalisierungen finanziert, die natürlich maßgeblich nur durch personelle Umstrukturierungen darzustellen waren.

Es ist deshalb erheblich Potential mobilisiert worden und die Grenzen solcher Neustrukturierungen scheinen erreicht.

Aussagen über immer noch vorhandene endlose Rationalisierungsmöglichkeiten sind kritisch zu hinterfragen und erscheinen wenig reflektiert.

Vor dem Hintergrund einer seit 1993 eingefrorenen Budgetierung, die zu einer fortschreitenden Unterfinanzierung der Kliniken geführt hat, ist das neue Abrechnungssystem mit Fallpauschalen eine wichtige Weichenstellung für eine strategische Neuausrichtung am Klinikmarkt.

Privatisierung im Krankenhaussektor

Wirtschaftliche Engpässe mit anhaltend unausgeglichenen Etats sind für öffentliche Träger in Zeiten defizitärer Haushalte natürlich oft Anlass, Krankenhausveräußerungen vorzunehmen.

Im Gesundheitswesen fand deshalb bis vor kurzem eine Marktumgestaltung statt, die gekennzeichnet war von Krankenhausfusionen und Konzentrationsprozessen.

Es ist deutlich eine Tendenz von regionalen zu bundesweiten und internationalen Konzernstrukturen erkennbar.

Wir haben dieses in unmittelbarer Nachbarschaft in Hamburg erlebt. Dort sind die LBK-Häuser an die Asklepios-Kette veräußert worden.

Bis vor wenigen Jahren gab es natürlich auch eine verbreitete Psychologie einer vermeintlich höheren Effektivität der Wirtschaftsmechanismen privat geführter Häuser.

Die Erfahrungen nach zahlreichen Privatisierungen haben diese so nicht bestätigt.

Auch öffentliche Krankenhäuser sind jetzt als selbständige Wirtschaftsunternehmen in einem Markt zu betrachten, der von den Krankenkassen wesentlich mitgestaltet werden wird.

Krankenhäuser wandeln sich zunehmend zu modernen, integrierten Gesundheitszentren.

Neben der Qualität der Behandlung gewinnen ökonomische Fragen dabei immer mehr an Bedeutung. Auch wir haben uns diesen Herausforderungen zu stellen und sind uns dessen sehr bewusst.

Es steht eine Optimierung des medizinischen Bereichs im Mittelpunkt.

Durch Behandlungspfade und Standardisierungen können viele Abläufe entlang der medizinischen Wertschöpfungskette von der Anmeldung bis zur Entlassung gesamtheitlich optimiert werden, um Produktivität und Ergebnisqualität simultan zu steigern.

Kürzere Verweildauern bei gleich bleibender Behandlungsqualität sind ein wesentlicher Optimierungsaspekt mit gleichzeitiger Kostensenkung in Funktionsbereichen. Die Versorgungsstrukturen werden sich ändern und es wird zu einer Fokussierung hoch spezialisierter Leistungen kommen. Eine Kerntendenz wird sein, dass vermehrt wenige Krankheiten mit hohen Fallzahlen von den jeweiligen Versorgern behandelt werden.

Unsere Steuerungsmechanismen einschließlich der Controllingeffekte sind mittlerweile so weit ausgereift, dass wir uns auch mit privaten Trägern messen können und damit auch betriebswirtschaftlich keine Nachteile vorhanden sind.

Eine unternehmerische Orientierung am Vorgehen der privaten Träger findet durchaus statt.

Auch wenn einzelne Privatisierungen in Zukunft nicht vermeidbar sein sollten, gehen jedoch mittlerweile deshalb viele Autoren von einem mittelfristig hohen Marktanteil der öffentlichen Häuser aus.

Die Steuerungsfähigkeit über einen zentralen Bereich der Daseinsvorsorge in der öffentlichen Hand zu halten, sich als großer Arbeitgeber in einer Region zu behaupten und öffentliches Vermögen zu stärken, seien nur einige wichtige Aspekte, dieses auch in Zukunft zu erhalten.

Öffentliche Krankenhäuser könnten erwirtschaftete Überschüsse wieder für die Öffentlichkeit einsetzen, während bei privater Trägerschaft Gewinnentnahmen die Investitionsfähigkeit einschränken und letztlich unsere Krankenkassenbeiträge in Börsenrendite überführt werden.

Eine Internationalisierung der hinter den Ketten stehenden Konzerne rufe zusätzlich für unsichere Einflussmöglichkeiten hervor.

Effektivitätshemmende Bürokratisierung und Regulierung

Aktuell findet eine drastische Verstärkung der Bürokratisierung und Regulierung statt, die soweit geht, dass niedergelassenen Ärzten nicht nur vorgeschrieben wird, wie lange zeitlich ein Arbeitsschritt zu dauern hat, sondern auch ein Arbeitszeitgesamtkontingent festgelegt wird. Ähnliche Mechanismen behindern auch den Krankenhausalltag.

Bei dieser Überregulierung sehe ich viele Gemeinsamkeiten mit der beruflichen Situation derer, die hier an dem Vortrag teilnehmen.

Das Problem unseres Sozialversicherungssystems

In Deutschland gab im Jahr 2003 8,1 Mill. privat versicherte Patienten, etwa 70 Mill. über die GKV Versicherte, aber nur 27 Mill. sozialpflichtig versicherte Beschäftigte (Arzt und Krankenhaus 1/2006)

Politische Aspekte und Bilanz

Derzeitig sind weder der medizinische Fortschritt noch die Demographie finanziert, die laufenden Kosten nicht völlig gedeckt.

Eine Hypothese zur Kostenentwicklung im HAB vom 29.09.05 lautete, dass allein die Finanzierung des medizinischen Fortschrittes im nächsten Jahrzehnt eine Verdopplung des Krankenkassenbeitrages erforderlich macht.

Im internationalen Vergleich liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit im Jahr 2001 unter dem Durchschnittswert vergleichbarer Nationen.

Trotzdem ist bei uns der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt überdurchschnittlich hoch und nur niedriger als in den USA und der Schweiz.

Dieser Widerspruch deutet natürlich sehr darauf hin, dass das Kernproblem im Gesamtsozialsystem und nicht im Gesundheitssystem selbst zu suchen.

Wir müssen daher einen ursachenorientierter Ansatz mit rational belegbaren Schritten frei von Ressentiments finden.

Verschiedene Gesundheitsreformkonzepte der Parteien wurden in den letzten Monaten ausführlich diskutiert.

Es ist sehr zu bezweifeln, dass Strategien, die wesentlich auf staatlicher Regulierung und Dirigismus fundieren und u.a. auch die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte immer mehr einzudämmen versuchen, in unserem marktwirtschaftlichen System die angemessene Lösung sein können.

Das ebenso ungeeignete Pendant ist jedoch eine komplette Privatisierung des Gesundheitswesens, dessen langfristige Sozialverträglichkeit stark bezweifelt werden muss.

Wir werden uns also bei einem sicherlich nicht mehr unbegrenzt rationalisierbarem Gesundheitssystem nach realistischen Finanzierungsmöglichkeiten suchen müssen. Die Lösung dürfte kaum darin liegen, aktuelle Missstände weiter zu bürokratisieren und zu reglementieren.

Als Ausdruck von entweder mangelnder Initiative oder Zynismus ist es m.E. zu werten, unter dem Eindruck der finanziellen Probleme, statt an Lösungen zu arbeiten, Qualitätsminderungen und Leistungsausschlüsse zu fordern.

Diese Strategie bürokratisch verankert ergäbe eine für unser Land völlig unangemessene Zweiklassenmedizin auf dem Niveau des Paragraphen 12 des SGB, die in einigen Details auch heute bereits sich abzeichnet.

Niemand darf in der elementaren Versorgung z.B. durch seinen sozialen Status benachteiligt oder von speziellen Behandlungsstrategien ausgeschlossen werden.

Transparenz des Systems für die Patienten und auch Einbeziehung in den Ablauf der Finanzierung dürften ebenfalls wesentliche Aspekte sein.

Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen und seine Beteiligung ohne ihn letztlich in seiner Gesundheit zu benachteiligen oder zu gefährden könnte ein Kernelement der Lösung sein.

Der Schutz der Schwächeren muss dabei ein wesentlicher Aspekt sein

Das Land steht damit vor einer großen Herausforderung, die vor allem einmal realisiert und dann konsequent angegangen werden muss.

Mittel für den vollständigen Wohlfahrtsstaat stehen heute sicherlich nicht mehr ausreichend zur Verfügung, aber eine auch im internationalen Vergleich optimale Medizin ist dieser Sozialstaat natürlich in der Lage zu bieten.

Bei der Jubiläumsfeier des MIT ist sehr viel über die Soziale Marktwirtschaft gesprochen worden, wie Ludwig Erhard sie konzipiert hat. In diesen Ansätzen dürften nun Jahrzehnte später auch die unserer gesundheitspolitischen Probleme Lösungen liegen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. H. Austrup