

Disparitäten in der Krankenhaus- und Notfallversorgung

Axel Kortevoß und Thomas Krafft



Für die Ausgestaltung des Rettungswesens einschließlich Rettungsfahrten und Krankentransporte sind die 16 Länder zuständig.

Das deutsche Gesundheitssystem steht seit langem unter einem enormen Veränderungsdruck, der hauptsächlich durch die erhebliche Ausgabensteigerung verursacht wird. Der Krankenhausbereich bildet mit ca. 32% der Gesamtausgaben der **▶ Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** den größten Ausgabenblock, während für **▶ Fahrkosten**, zu denen auch rettungsdienstliche Leistungen gehören, nur ca. 2% der GKV-Ausgaben aufgewendet werden (BMGS 2002). Sowohl im Krankenhausbereich als auch im Rettungsdienst wird die Verfügbarkeit von Ressourcen im Gegensatz zur ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung maßgeblich durch Planungsvorgaben der Bundesländer mit beeinflusst. Die Länder stellen

evidenzbasiertes Interventionsregime – auf der Basis von wissenschaftlichen Studien als bestmögliche medizinische Behandlung identifiziert

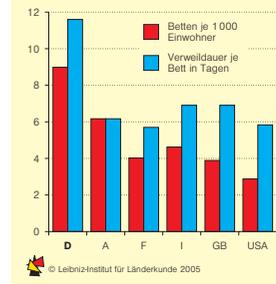
Fahrkosten – erstattungsfähige Leistungen der GKV (§ 60 SGB V), sofern es sich um medizinisch notwendige Fahrten zu oder von einer Behandlung oder um die Notfallbehandlung durch den Rettungsdienst handelt

German Diagnosis Related Groups (G-DRG) – Gruppen gleicher Diagnosen; Grundlage für die Kalkulation von Fallpauschalen für die Vergütung von Krankenhausleistungen

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Pflichtversicherung, die ca. 90% der Bundesbürger erfasst

Hilfsfrist – Eintreffzeitvorgabe für den öffentlichen Rettungsdienst zur Versorgung von medizinischen Notfällen, die i. d. R. mit einem Zielerreichungsgrad (z.B. bei 90% aller Notfälle) verbunden ist

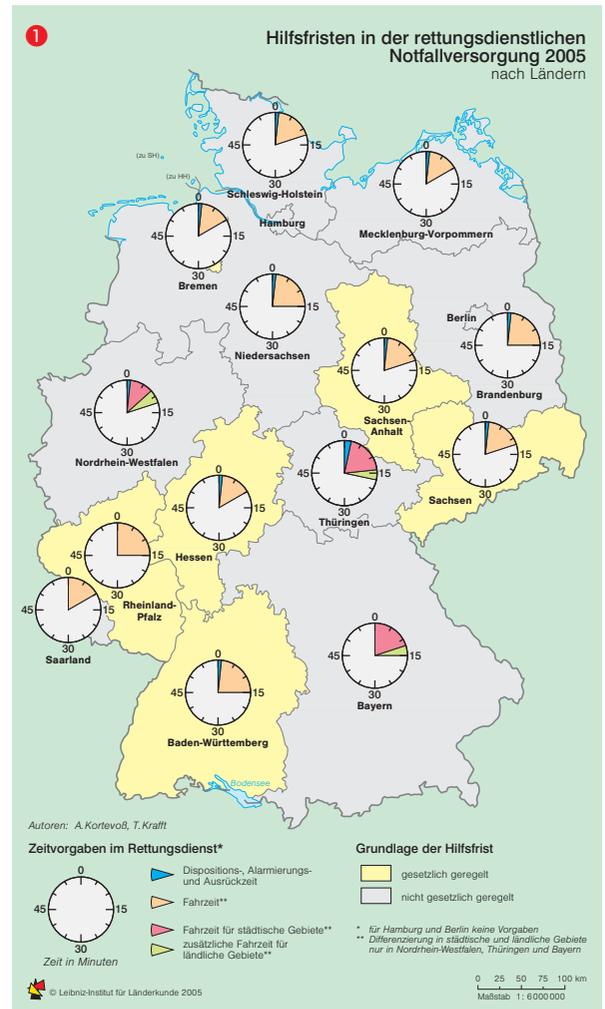
2 Ausgewählte Industriestaaten Krankenhausbetten und Verweildauer der Patienten 2001



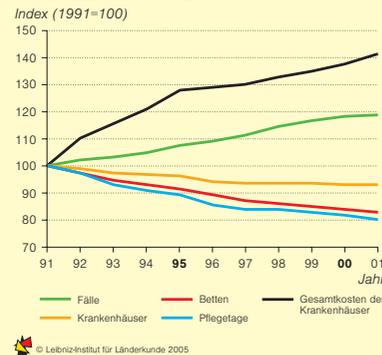
über die Krankenhauspläne den regionalen Bedarf an Krankenhausbetten fest und geben mit Eintreffzeitvorgaben für den Rettungsdienst die zentrale Planungsgröße für die notfallmedizinische Versorgung vor.

Krankenhausversorgung

Im internationalen Vergleich der aufgestellten Krankenhausbetten **2** belegt Deutschland den Spitzenplatz, der auf Anreize des bisherigen Krankenhausvergütungssystems zurückgeführt werden kann. Die Vergütungshöhe wurde im Wesentlichen durch die Anzahl der Belegungstage, die ein Patient im Krankenhaus verbringen musste, bestimmt. Dadurch wurde ein Anreiz geschaffen, mehr Belegungstage pro Bett bzw. sehr hohe durchschnittliche Verweildauern in den Krankenhäusern zu produzieren. Mit Beginn des Jahres 2005 ist das bisherige Vergütungssystem durch ein fallpauschaliertes System, die **▶ German Diagnosis Related Groups (G-DRG)**, abgelöst, bei dem unabhängig von der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nur die erbrachten medizinischen Leistungen über die Vergütungshöhe entschei-



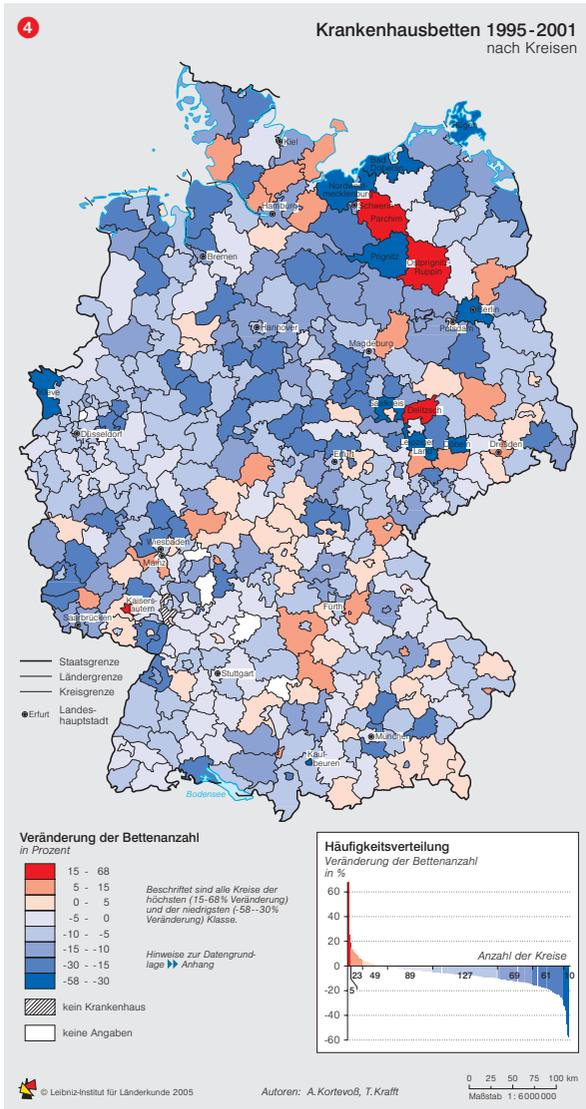
3 Entwicklung ausgewählter Krankenhauskennziffern 1991-2001



den. Bis zum Jahr 2008 soll es erreicht werden, dass einheitliche Preise für gleiche Leistungen gelten, so dass die Krankenhäuser weit mehr als bisher unter einem Rationalisierungsdruck stehen. Nicht effizient genutzte Betten bedeuten zunehmend ein Kostenrisiko (LÜNGEN/LAUTERBACH 2003).

Im Widerstreit mit dem gewünschten Rationalisierungsdruck für die Krankenhäuser steht eine weiterhin kapazitätsorientierte Bettenplanung (Vorgabe von Betten in Fachabteilungen) durch die Bundesländer. Aufgrund des hohen Kostendrucks sowie einer erheblichen Reduzierung des Anteils der öffentlichen Investitionsmittel an den gesamten

Krankenhauskosten von 17% auf 8,5% im Zeitraum zwischen 1973-2001 (CLADE 2004) wurde bereits im Vorfeld der Einführung neuer Vergütungssysteme eine deutliche Reduktion der Bettenzahlen bewirkt, obwohl die Krankenhäuser gleichzeitig kontinuierlich steigende Fallzahlen zu bewältigen hatten **3**. Die Bettenreduzierung erfolgte bundesweit, allerdings mit erkennbaren regionalen Unterschieden **4** (**▶ Beitrag Jürgens, Bd. 5, S. 72**). Eine Kapazitätsausweitung hat es im Zeitraum von 1995 bis 2001 nur in Einzelregionen gegeben, die auf Kompensations- bzw. Konzentrationseffekte zurückgeführt werden können. Eine bundesweite An-

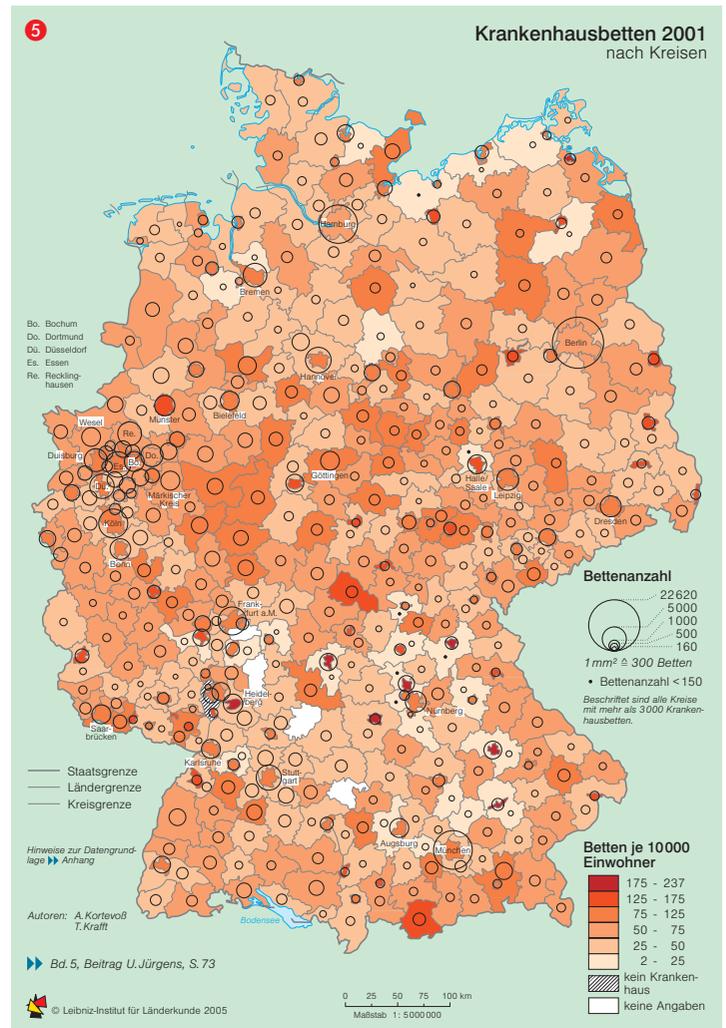


gleichung der Bettenkapazität kann nicht beobachtet werden. Vielmehr bestehen auch innerhalb der einzelnen Länder weiterhin deutliche regionale Unterschiede **6**. Als Ergebnis des G-DRG-Systems sowie des anhaltenden Kostendrucks im Gesundheitswesen wird sich die Bettenzahl verringern. Insbesondere Krankenhäuser im ländlichen Bereich mit geringer Betriebsgröße und/oder nicht tragfähigem Patientenaufkommen im unmittelbaren

Einzugsgebiet können aufgrund des Wettbewerbs in ihrem Bestand gefährdet sein. Ohne angemessene Sicherstellungszuschläge kann daher zukünftig die Grundversorgung mit stationären Leistungen in ländlich-peripheren Gebieten u.U. nicht mehr aufrechterhalten werden (KRAFFT u.a. 2004).

Notfallversorgung

Die präklinische notfallmedizinische Versorgung bildet in der Systematik des



Sozialversicherungsrechts keinen eigenständigen Leistungsbereich, sondern wird zusammen mit Krankentransporten und Krankenfahrten (Taxis, Mietwagen etc.) als Nebenleistung zu einer medizinisch notwendigen Hauptleistung (z.B. stationäre Versorgung) verstanden. Erst mit der Herauslösung der Rettungsfahrten und Krankentransporte aus dem Personenbeförderungsgesetz im Jahre 1989 wurde den Ländern eine umfassende Regelungskompetenz für die Ausgestaltung des Rettungswesens durch Landesgesetze eröffnet. Die in der Folge von den Ländern getroffenen Regelungen basieren im Sinne einer nachvollziehenden Gesetzgebung auf den bereits früher im Wesentlichen von den Hilfsorganisationen und Feuerwehren aufgebauten Versorgungsstrukturen und führen diese in einem landesweit einheitlichen Ordnungsrahmen zusammen. Als entscheidender Planungsparameter und gleichzeitig als Leistungsindikator gilt

die **Hilfsfrist**, die vorgibt, wie schnell im medizinischen Notfall qualifizierte medizinische Hilfe geleistet werden soll. Innerhalb dieses Zeitabschnitts muss der nächste verfügbare Rettungswagen durch die zuständige Rettungsleitstelle identifiziert und alarmiert und die Wegstrecke vom Standort dieses Rettungswagens bis zum Notfall zurückgelegt werden. Dabei stellt die Hilfsfrist einen Kompromiss zwischen medizinischer Notwendigkeit und Finanzierbarkeit dar und wird im Ländervergleich weder einheitlich bemessen noch einheitlich definiert **7**. Die Fachdiskussion über die Weiterentwicklung des Rettungswesens, die zunehmend länderübergreifend und auf europäischer Ebene geführt wird, konzentriert sich auf **evidenzbasierte Interventionsregime** und trägt zu einer schrittweisen Annäherung der Versorgungsstandards bei (KRAFFT u.a. 2003).♦