

# 27. Jahrestagung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft

Von der Utopie zur Realität

18.- 20. November 1999  
Congress Casino  
Baden bei Wien

\*\*\*\*\*

Ernst Bruckenberger

Ambulant-stationäre Kooperation am  
Beispiel des Diabetes mellitus

Ernst Bruckenberger

# Ambulant-stationäre Kooperation am Beispiel des Diabetes mellitus

## Inhaltsverzeichnis

### **Aktuelle Situation**

- Daten und Fakten aus Österreich, Niedersachsen und Deutschland

### **Ausblick auf das künftige Gesundheitswesen**

- Auswirkungen der demographischen Entwicklung,
- Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes,
- Auswirkungen des Wettbewerbs,
- Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung.
- Auswirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation

### **Schlussbemerkung**

### **Anlagen**

## **Die aktuelle Situation**

Die nach wie vor verbesserungsbedürftige prozessorientierte Betreuung der Patienten mit Diabetes mellitus ist in erster Linie auf die bestehende sektorenorientierte Inanspruchnahme und Zuständigkeit zurückzuführen. Eine für den Patienten sinnvolle Verzahnung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsebenen, die für die Zukunft einer qualifizierten und wirtschaftlichen stationären Diabetikerversorgung entscheidend sein wird, kann nur funktionieren, wenn die Möglichkeit zur individuellen, aber kontrollierbaren Entscheidungsmöglichkeit bezüglich des Einsatzes der jeweils bedarfsnotwendigen Versorgungsebenen besteht.

In den vergangenen Jahren haben sich in Deutschland Kostenträger und Ärzteorganisationen vornehmlich mit der Strukturierung der ambulanten Diabetikerversorgung beschäftigt. In mehr als 21 verschiedenen Diabetesvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen wurden Verträge über die Diabetikerbetreuung durch niedergelassene Ärzte geschlossen. In erster Linie wurden sogenannte Diabetologische Schwerpunktpraxen geschaffen, um die Qualität der Betreuung bestimmter Diabetikergruppen zu verbessern und gleichzeitig Kosten - für stationäre Diabetesbehandlungen - zu sparen.

Zur Zeit schießen neue Projekte und Modelle zur Verbesserung der Diabetikerversorgung wie Pilze aus dem Boden. Besonders aktuell ist dabei das Thema Schnittstelle zwischen ambulanter Diabetikerversorgung und Diabetikerversorgung in der Klinik. Bei zunehmender Verlagerung der Diabetikerversorgung in den ambulanten Bereich müssen nunmehr auch verbindliche Indikationen für die teilstationären und stationäre Versorgung erarbeitet werden.

## Nachfrage nach Krankenhausbehandlung

### Im Jahre 1997

1997 wurden in Österreich 214, in Deutschland 188 und in Niedersachsen 186 Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) insgesamt stationär behandelt. Bei den Pflge tagen pro 1.000 Einwohner lag Österreich mit 1.850 unter den Vergleichswerten von Deutschland und Niedersachsen mit 2.124 bzw. 1.970. Dies ist auf die vergleichsweise niedrigere Verweildauer zurückzuführen.

Nimmt man nur die stationären Fälle mit Diabetes mellitus (ICD-250) liegt in Österreich die Krankenhaushäufigkeit um rd. 75 und die Zahl der Pflge tage pro 1.000 Einwohner um rd. 30 Prozent über den deutschen bzw. niedersächsischen Vergleichswerten.

Auch der Anteil der über 70jährigen Fälle und der dafür erbrachten Pflge tage liegt in Österreich merklich höher (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1:** Nachfragesituation in Österreich, Deutschland und Niedersachsen

Daten aus 1997	Österreich	Deutschland	Niedersachsen
<b>Fälle insgesamt</b>			
Fälle	1.724.275	15.458.025	1.455.938
Fälle pro 1.000 Einwohner	214	188	186
Anteil der über 70jährigen	28,4	25,1	25,6
Pflge tage *	14.932.457	174.293.570	15.455.989
Pflge tage pro 1.000 Einwohner	1.850	2.124	1.970
Anteil der über 70jährigen	37,6	32,1	32,2
Verweildauer	8,7	11,3	10,6
<b>Fälle mit ICD-250</b>			
Fälle	33.680	197.200	18.963
Anteil an allen Fällen	2,0	1,3	1,3
Fälle pro 1.000 Einwohner	4,2	2,4	2,4
Anteil der über 70jährigen	45,6	38,3	33,8
Pflge tage *	380.762	3.055.090	282.564
Pflge tage pro 1.000 Einwohner	47	37	36
Anteil der über 70jährigen	51,3	43,0	37,6
Verweildauer	11,3	15,5	14,9
<b>Einwohnerzahl</b>			
	8.072.182	82.057.379	7.845.398
Anteil der über 70jährigen	10,8	10,9	11,4

\* in Österreich: Belagstage

Das unterschiedliche altersabhängige Nachfrageverhalten ist deutlich aus der Altersklassenanalyse ersichtlich (siehe Anlagen 1 bis 6). Die Krankenhaushäufigkeit schwankt beispielsweise in Deutschland von 69 im neunten bis zu 600 im dreiundachtzigsten Lebensjahr. In Österreich reichte die Bandbreite von 79 im vierzehnten bis zu 754 im neunundachtzigsten Lebensjahr.

Für Österreich legen die Daten vorbehaltlich einer Feinanalyse folgende grobe Schlußfolgerung nahe:

- Die Verlegung von Patienten in höherem Alter in Pflegeheime erfolgt offensichtlich nicht im erforderlichen Ausmaß (Fehlbelegung)
- Die vorhandene Angebots- und Finanzierungsstruktur scheint zu häufigen Einweisungen in Krankenhäuser mit kurzer Verweildauer zu führen.

### Entwicklung der Nachfrage von 1995 bis 1997

Während die stationäre Fallzahl von 1995 bis 1997 in Deutschland insgesamt um 4,3 Prozent zugenommen hat, hat sich der Wert für alle über 60jährigen um 9,5 und der aller über 70jährigen um 9,3 Prozent erhöht. Der Zuwachs der älteren Patienten war also in nur drei Jahren doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnittswert aller Patienten (siehe auch Anlage 7). Der Anteil der über 70jährigen Fälle mit Diabetes mellitus an der Gesamtzahl der Diabetesfälle ist in diesem Zeitraum in Deutschland geringfügig von 39,1 auf 38,3, in Niedersachsen deutlicher von 35,2 auf 33,8 Prozent zurückgegangen (siehe Anlagen 8 und 9).

Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der stationären Fälle in Deutschland und Österreich mit Indikationen, die tendenziell mit Diabetes mellitus in Verbindung stehen.

**Tabelle 2:** Entwicklung der Nachfrage in Deutschland und Niedersachsen

Art der Indikation	Niedersachsen	Deutschland
Fälle mit Diabetes mellitus	-	<b>0</b>
davon mit Operationen	+	+
Fälle mit chronisch ischäm. Herzkrankheiten	+	+
Fälle mit Schlaganfall	+	+
akutes Nierenversagen	+	+
chronisches Nierenversagen	<b>0</b>	-
Fälle mit Beinamputationen	-	-

+ = Anstieg, - = Rückgang, 0 = unverändert

## **Ausblick auf das künftige Gesundheitswesen**

Das Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren neben anderen Ursachen durch fünf Hauptfaktoren geprägt werden:

- den Auswirkungen der demographischen Entwicklung,
- den Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes,
- den Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen,
- den Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung.
- den Auswirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation und

## **Auswirkungen der demographischen Entwicklung**

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen wird vor allem durch die demographische Entwicklung bzw. die sich schnell verändernde Altersstruktur und der dadurch ausgelösten Nachfrageränderung geprägt werden.

Unter Zugrundelegung der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1.000 Einwohner für das Jahr 1997 und der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 muß in Deutschland bis dahin mit einer Zunahme der stationären Fälle um insgesamt 0,8 Millionen bzw. 4,9 Prozent gerechnet werden. Nimmt man die Altersklasse der über 70 jährigen für sich allein, dann ist in dieser Altersklasse bis 2010 ein Anstieg um 1,1 Millionen Fälle bzw. 28,9 Prozent zu erwarten. Die entsprechenden Zahlen für Österreich lauten 151.000 bzw. 8,8 Prozent und bei den über 70jährigen 83.000 bzw. 17,0 Prozent (siehe auch die Anlagen 10 bis 12).

Bei dieser Prognose wurde der Effekt der Doppelalterung für die künftigen Patientenzahlen allerdings noch nicht berücksichtigt. Unter Doppelalterung ist die Tatsache zu verstehen, dass die Zahl der Patienten ununterbrochen zunimmt, die als Folge der Multimorbidität im höheren Alter während eines Jahres aus mehreren Anlässen mit allen Möglichkeiten der modernen Medizin behandelt werden (siehe Anlage 13). Bei weitgehend unveränderten Rahmenbedingungen ist deshalb davon auszugehen, dass sich die Krankenhaushäufigkeit in den nächsten Jahren, verglichen mit der des Jahres 1997, noch merklich erhöhen wird.

Der Anteil der über 70jährigen an der Gesamtzahl der Fälle würde sich so gesehen in Deutschland von rd. 25 Prozent im Jahr 1994 auf 33 Prozent im Jahr 2010 erhöhen. Die Entwicklung dürfte in Österreich ähnlich verlaufen.

Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität – nicht zuletzt als Folge der Zunahme von chronischen Erkrankungen - ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies wird zweifellos Auswirkungen auf die künftige Angebotsstruktur haben. Sie wird wesentlich stärker als bisher von engen regionalen und sektorenübergreifenden Gesichtspunkten geprägt sein.

Im Jahr 2010 wird es nach Ansicht von Experten doppelt so viele Diabetes Patienten geben wie heute. Es gibt hauptsächlich zwei Gründe für die zu erwartende enorme Zunahme der Erkrankungen.

- Erstens werden die Menschen immer älter und damit steigt die Wahrscheinlichkeit an Typ-2-Diabetes zu erkranken.
- Zweitens wurde kürzlich beschlossen, im Interesse einer erfolgreichen Langzeitwirkung für die betroffenen Patienten, die Blutzucker-Grenzwerte für die Diagnose eines Diabetes mellitus abzusenken.

Wenn auch insgesamt mit einer Zunahme an Diabetes mellitus Erkrankungen gerechnet werden muß, ist davon auszugehen, dass sich die Behandlung zunehmend vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich verlagern wird. Dies ist in Deutschland in einigen Bundesländern, darunter in Niedersachsen in den letzten Jahren bereits erkennbar. Von Krankenkassen unterstützte Modellmaßnahmen haben sich hier positiv bemerkbar gemacht.

In Österreich hat sich demgegenüber die Zahl der stationären Fälle mit Diabetes mellitus von 1996 auf 1997 um rd. 25 Prozent erhöht. Diese sprunghafte Erhöhung dürfte jedoch eher auf die Einführung des neuen Vergütungssystems für die Krankenhäuser als auf epidemiologische Ursachen zurückzuführen sein.

## **Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes**

Der medizinische Fortschritt findet durch die freie Marktwirtschaft verbunden mit dem Globalisierungseffekt und den schnell wachsenden Möglichkeiten der Telemedizin immer schneller weltweite Verbreitung. Immer mehr Menschen werden von der Medizin auf Dauer abhängig (Dialyse, Transplantation). Die Maschinen werden menschlicher (Operationsroboter) und die Menschen „maschinlicher“ (Ersatzteilmedizin).

Bei der Einführung der dadurch möglichen neuen Formen der Diagnostik und Behandlung im Gesundheitswesen wird aber häufig verdrängt, dass die Zahl der dadurch ausgelösten zusätzlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen oder sonstigen Leistungen erfahrungsgemäß grundsätzlich größer ist als die Zahl der wegfallenden Untersuchungen bzw. Behandlungen, allerdings meist verbunden mit einer geringeren Belastung des Patienten, einer besser auf ihn zugeschnittenen Behandlungsform oder einer besseren Lebensqualität.

Eine doppelt besetzte Facharztschiene d.h. Fachärzte sind in den Krankenhäusern und als niedergelassene Ärzte tätig, verstärkt diesen Effekt. Eine ausgabenreduzierende Wirkung wurde jedenfalls in den letzten Jahren mit neuen Angeboten oder Behandlungsformen nicht erzielt.

Nicht übersehen werden darf außerdem, dass der medizinische Fortschritt nicht den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert, sondern vor allem die Zahl der immer länger zu behandelnden chronisch Kranken erhöht. Die Gesundheitssysteme in Deutschland und Österreich haben auf diese Entwicklung noch nicht angemessen reagiert.



## **Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen**

Gegenwärtig wird unter dem Einfluß der „neoliberalen Wirtschaftstheologen“ auch im Gesundheitswesen auf mehr Wettbewerb gesetzt. Dieser Aspekt führt zu einer zunehmenden Konzentration der Angebotsstruktur und zu einer Ausweitung der Konflikte zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren.

Auf dem flachen Land wird dadurch der Betrieb eines Krankenhauses tendenziell erschwert. Damit entsteht ein brisanter Gegensatz zu den tatsächlichen Interessen der immer älter werdenden, häufig chronisch kranken Patienten.

Wettbewerb im Gesundheitswesen kann zwar zur Kostensenkung führen hat aber noch nie eine Ausgabenreduzierung und eine gleichmäßige Angebotsstruktur zur Folge gehabt, da die Kostensenkung erfahrungsgemäß durch die Mengenausweitung mehr als kompensiert wird. Der Wettbewerb als ordnungspolitischer Faktor hat nicht das Ziel die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren sondern durch Innovation und Selektion zu Lasten der Mitbewerber selbst besser expandieren zu können. Es gibt in der Realität keinen Wettbewerb um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um den erwünschten Patienten oder Versicherten und das ist derjenige mit dem geringsten Krankheitsrisiko bzw. günstigsten Aufwand/Ertrag Verhältnis. Bisher ist jedenfalls von einem Wettbewerb z.B. um chronisch Kranke oder Bluter in der Öffentlichkeit nichts bekannt geworden.

Wettbewerb wird zudem immer von denen gefordert, die in das System neu hinein bzw. ihren Anteil vergrößern wollen, nie aber von denen, die vom Wettbewerb negativ betroffen sind. Letztere nehmen fast immer die bekannten politischen Interventionsketten zur Abwehr von notwendigen Veränderungen in Anspruch.

## **Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung**

Wer die Einheit Europas will, muss auch bereit sein, die Konsequenzen zu tragen. Ein einheitlicher Binnenmarkt führt systemimmanent zur Harmonisierung der Wirtschafts- und Sozialsysteme. Die Harmonisierung der Gesundheitssysteme wird absehbar stufenweise erfolgen:

- Harmonisierung des ambulanten Bereiches
- Harmonisierung der ambulanten und stationären Rehabilitation
- Harmonisierung der Finanzierung (Steuern oder Beiträge)
- Harmonisierung des Krankenhausbereiches
- Harmonisierung der Gesundheitssysteme .

Die Harmonisierung der Steuerrechtes wird die unterschiedliche Mittelaufbringung (Beiträge, Steuern, Mischsysteme) für das jeweilige Gesundheitswesen, nicht zuletzt durch ihre Auswirkungen auf die Lohnnebenkosten, zwangsläufig angleichen. Das national bestimmte Verhalten der Leistungsanbieter und Kostenträger wird sich verändern. Es werden Formen einer länderübergreifenden integrierten Versorgung entstehen.

Zwar werden die Gesundheitssysteme und Niveauentscheidungen noch länger national geprägt sein. Aber dass die Geltung des Sachleistungsprinzips oder der Kostenerstattung auch bei gleicher Leistung vom Ort der Leistungserbringung abhängt, ist auf Dauer als unwahrscheinlich anzusehen. Eine wichtige Aufgabe wird darin bestehen, zwischen der entgrenzten europäischen Ökonomie und der territorial gebundenen nationalen Politik Handlungsspielräume zu bewahren bzw. wiederzugewinnen.

## **Auswirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation**

Die wichtigsten Leistungsanbieter im Gesundheitswesen wie Hausarzt, Facharzt, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, Palliativeinrichtung, Rehaeinrichtung und Hospiz haben sich aufgrund der sozialpolitischen Situation sowie der Vergütungssysteme der letzten Jahrzehnte überwiegend unabhängig und losgelöst voneinander entwickelt. Diese Parallelität der sich in ihren Aufgabenstellungen z.T. überlappenden Versorgungsstrukturen ist in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten, da einerseits für den Patienten auf diese Weise keine optimale Versorgung gewährleistet werden kann (z.B. unvollständiger Informationsaustausch) andererseits die möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausgenützt werden können.

Die doppelt besetzte Facharztschiene ist dabei eines der Hauptprobleme des deutschen, in geringerem Umfang auch des österreichischen Gesundheitswesens. Sie führt zwangsläufig zur Doppelvorhaltung der notwendigen Infrastruktur und zur sektoralen Optimierung. Jeder Sektor optimiert sich mit gutem Gewissen zu Lasten des anderen. Bleibt diese Angebotsstruktur grundsätzlich unverändert beibehalten, wird sich an den additiven finanziellen Konsequenzen für das Gesamtsystem nichts ändern.

Ziel einer verbesserten Versorgungsstruktur muß es sein, für eine prozessorientierte Behandlung und Betreuung von Diabetes-Patienten, eine bedarfsgerechte Arbeitsteilung der verschiedenen Versorgungssektoren, ausreichende fachliche Kompetenz sowie die Bereitschaft zu kontinuierlicher berufsbegleitenden Qualifizierung zu erreichen.

Durch eine enge Kooperation stationärer und ambulanter Einrichtungen kann eine lückenlose Betreuung der Diabetespatienten in allen Situationen gewährleistet werden. Dabei ist es wichtig, dass in allen kooperierenden Strukturen gleiche Konzepte verfolgt werden, die gemeinsam erarbeitet und patientenbezogen umgesetzt werden (Unterstützung durch Leitlinien). Der enge und direkte Austausch der beteiligten Ärzte kommt den Patienten ebenso zu Gute wie die langfristige Betreuung durch ein dem Patienten vertrautes Team von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Ein weiterer Nutzen für den Patienten liegt in der durch den ständigen Kontakt der behandelnden Ärzte untereinander betriebenen „gegenseitigen“ Fort- und Weiterbildung als wichtiges Element der Qualitätssicherung.

Zudem müßte ein Ausbau der ambulant-stationären Kooperation bei der Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus tendenziell die Krankenhauseinweisungen und die Verweildauern reduzieren. Ob damit fallbezogen auch tatsächlich eine Kostenreduzierung verbunden ist bleibt allerdings abzuwarten. Eine Steigerung der Behandlungsqualität im Interesse der Patienten bei gleichbleibenden Kosten wäre aber bereits ein wesentlicher Fortschritt.

Die stationäre Angebotsstruktur wird sich folgerichtig, wie bereits in den letzten Jahren, künftig aber verstärkt, deutlich ändern. So ist beispielsweise in Deutschland der Trend vom „Tante-Emma“ Krankenhaus zum kooperierenden differenzierten Gesundheitszentrum bereits im vollen Gange.

### Gesundheitszentrum

#### Krankenhaus

- Ermächtigung (ambulante Diagnostik)
- Tagesklinik (Psychiatrie, Innere Medizin usw.)
- Vor- und nachstationäre Behandlung
- ambulantes Operieren

#### Kooperation Krankenhaus-Krankenhaus

- Einkauf, Wäscherei, Apotheke usw.
- Anästhesie, Radiologie usw.

#### Kooperation Krankenhaus-Praxis

- Praxis am Krankenhausgelände (mit und ohne Belegarzt)
- Kooperation Großgeräte
- Mitnutzungsverträge (Op, Labor, Radiologie usw.)

#### Kooperation Krankenhaus-Therapieeinrichtung

- Logopädie, Ergotherapie usw.

#### Kooperation Krankenhaus-Rehaeinrichtung

- Belegungsverträge
- Mitnutzungsverträge (Labor, Radiologie, usw.)
- ambulante, teilstat., stationäre Rehabilitation

#### Kooperation Krankenhaus-Pflegeeinrichtung

- ambulante Pflege
- häusliche Pflege
- teilstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- vollstationär

#### Sonstiges

- Diabeteschulung usw.

In einer kooperativen ambulant-stationären Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus wirken unter anderem mit:

- Hausarzt
- Diabetologische Schwerpunktpraxis/Diabetesambulanz
- Diabetes-Zentrum mit stationärer und teilstationärer Behandlung
- Schulungszentren
- Selbsthilfegruppen usw.

Nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sollen in Deutschland nunmehr auf der Basis von Verträgen zur Verstärkung des bereits bestehenden Trends zu freiwilligen Kooperationen integrierte Versorgungsformen eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten auf einer rechtlich geregelten Basis ermöglichen.

Hierbei ist daran gedacht, Leistungsanbieter unterschiedlicher Leistungsbereiche wie z.B. Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen vertraglich zu einer kooperativ ausgerichteten Patientenversorgung zusammenzuschließen und Versicherte auf freiwilliger Basis zu verpflichten, nur Leistungsanbieter dieser integrierten Versorgung in Anspruch zu nehmen (siehe Anlage 14). Ein Ausbau der Bürokratie ist allerdings zwangsläufig die Folge.

Es bleibt deshalb abzuwarten, ob sich der optimistische Ansatz des Gesetzgebers mit dem Ziel einer Ausgabensenkung verwirklichen läßt. Letzten Endes darf nicht übersehen werden, dass sich die sektorenübergreifend in einem Netz zusammenarbeitenden Ärzte und anderen Leistungsanbieter ebenso wie die daran beteiligten Kostenträger nach wie vor in einem Konkurrenzkampf befinden. Wer Netze auswirft will Beute machen (siehe Anlage 15).

Wenn der zusätzliche ausstattungsmäßige (z.B. EDV) und arbeitsintensivere Aufwand auf Sicht nicht mit einer zusätzlichen Honorierung verbunden wird sondern auf Dauer bei einer vorgegeben finanziellen Deckelung aus tatsächlichen bzw. unterstellten Synergieeffekten zu Lasten der Netzteilnehmer finanziert werden soll, wird die Bereitschaft zur sektorenübergreifenden Vernetzung schnell an Grenzen stossen.

## **Schlußbemerkung**

Aufgrund der Altersentwicklung ist künftig mit einer merklichen Zunahme von Patienten mit Diabetes mellitus zu rechnen. Die Behandlung wird sich allerdings verstärkt in den ambulanten Bereich verlagern. Im Interesse einer patienten-, prozess- und qualitätsorientierten sowie wirtschaftlichen Behandlung von chronisch Kranken ist eine enge Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Leistungsanbietern die logische Konsequenz.

Der Standort der Leistungserbringung bekommt so gesehen in der verschärften wettbewerblichen Auseinandersetzung eine deutlich höhere Bedeutung als in der Vergangenheit. In einer sich verändernden Angebotsstruktur - zunehmend in Form von Ketten bzw. Großanbietern - wird auch die Rolle der Leistungsanbieter und ihr Verhältnis untereinander neu definiert werden. Ungeeignete Standorte werden sich auf Dauer nicht gegen ökonomische Fakten verteidigen lassen.

In diesem Umfeld werden kooperationswillige fachärztliche Partner mit dem Standort Krankenhaus oder benachbart, ergänzt um ein Netz von Hausärzten, für die die prozessorientierte Behandlung von Diabetespatienten und nicht die sektorale Optimierung im Vordergrund steht, die größten Überlebenschancen haben. Dies auch deshalb, da derartige ambulant-stationäre Kooperationen besser in die künftige europäische gesundheitspolitische Landschaft passen. Vor allem aber liegen sie im Interesse der betroffenen Patienten.

## 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 Krankenhaushygiene.

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 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 über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995), Umsetzung von integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Neurologie und Herzchirurgie und Ausbau der Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen sowie zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen.

### Adresse:

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

Telefon und Fax:

privat:

Tel: 0049/0511-120-574553

dienstlich:

Tel: 0049/0511-120-4076

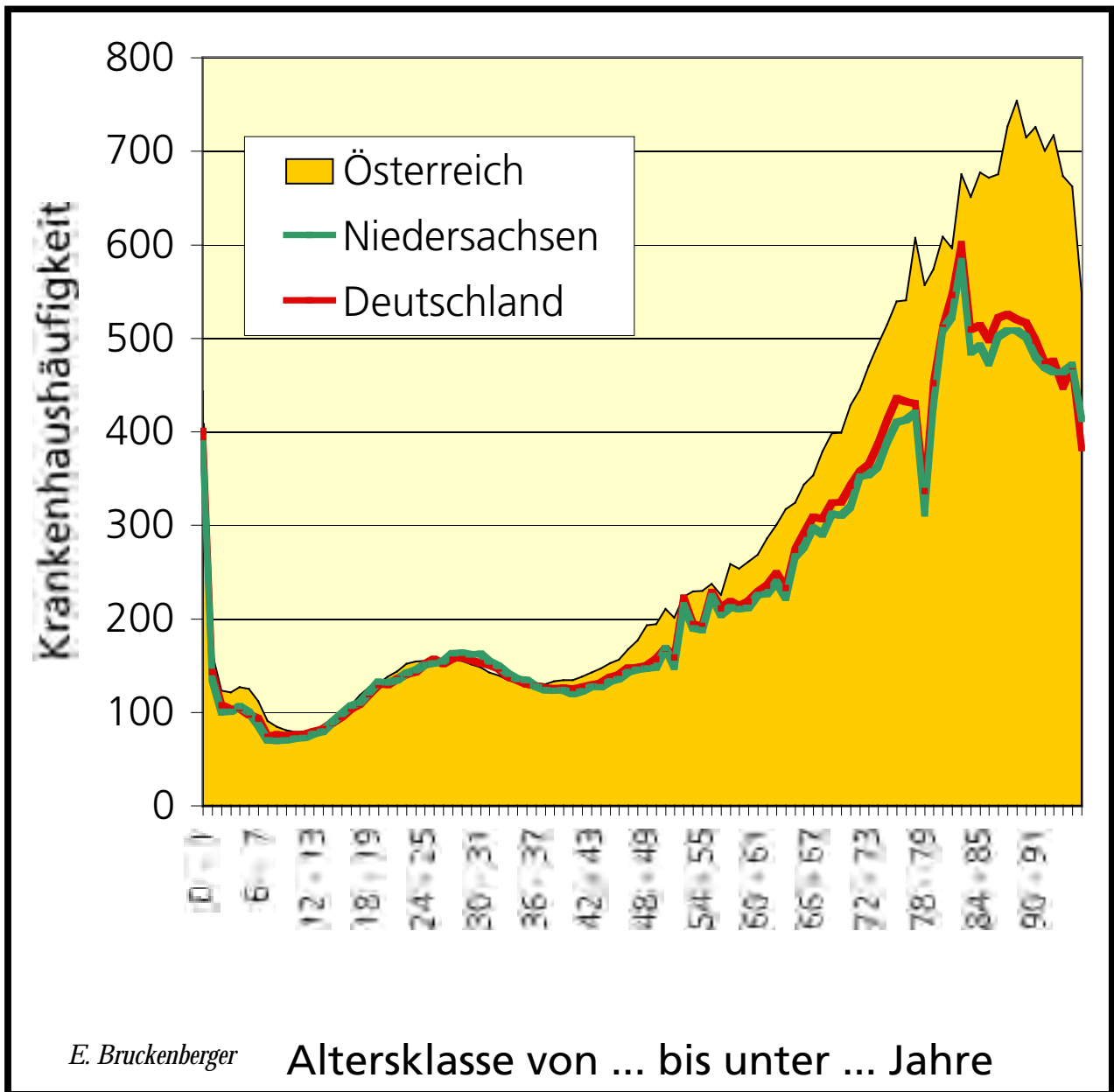
Fax: 0049/0511-120-4288



Hannover, 19.11.1999

# Anlage 1

## Alle stationären Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaustäufigkeit) nach Altersklassen 1997



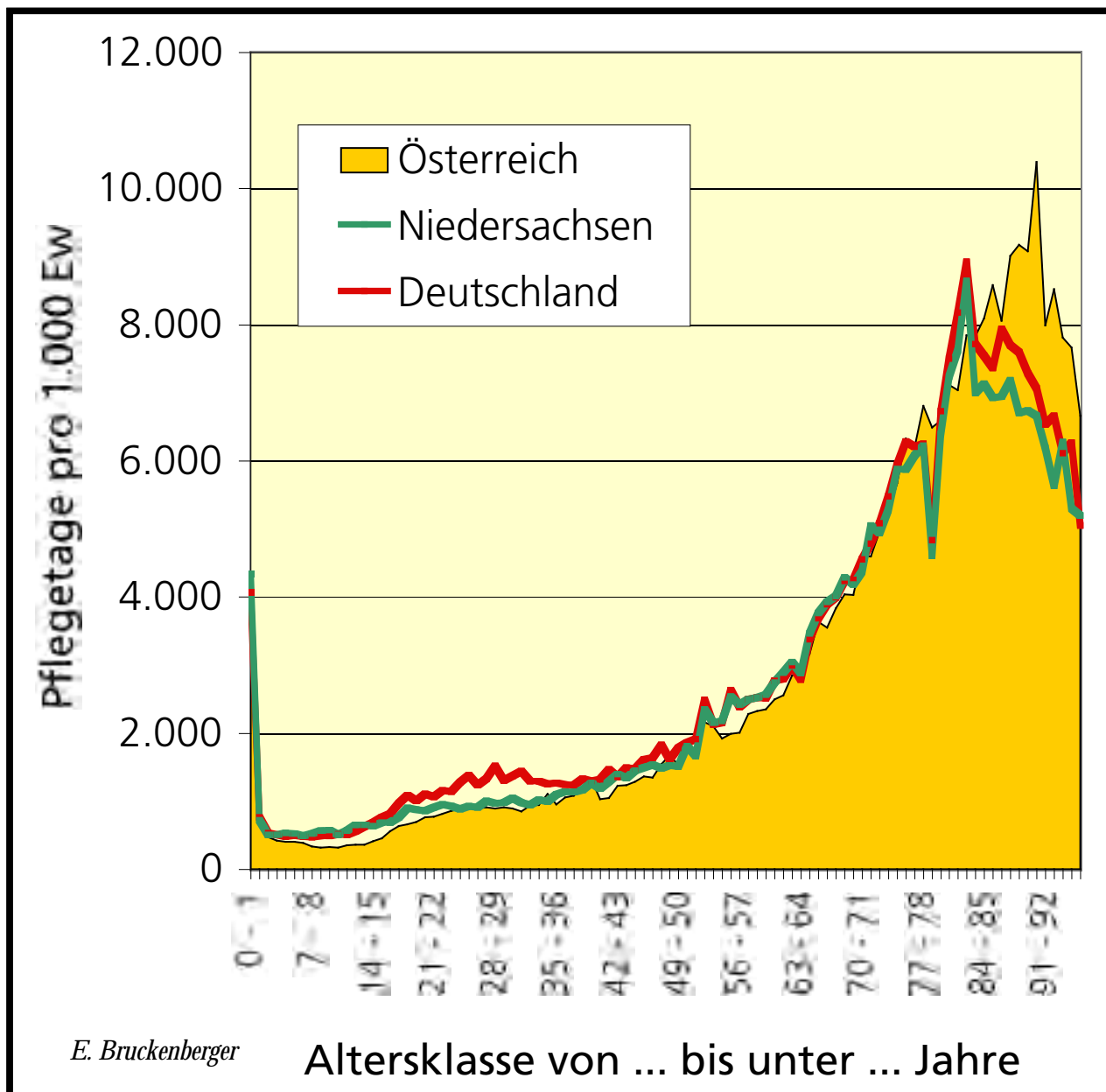
Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden und des ÖBIG Wien

Dr. Ernst Bruckenberger  
Hannover, November 1999



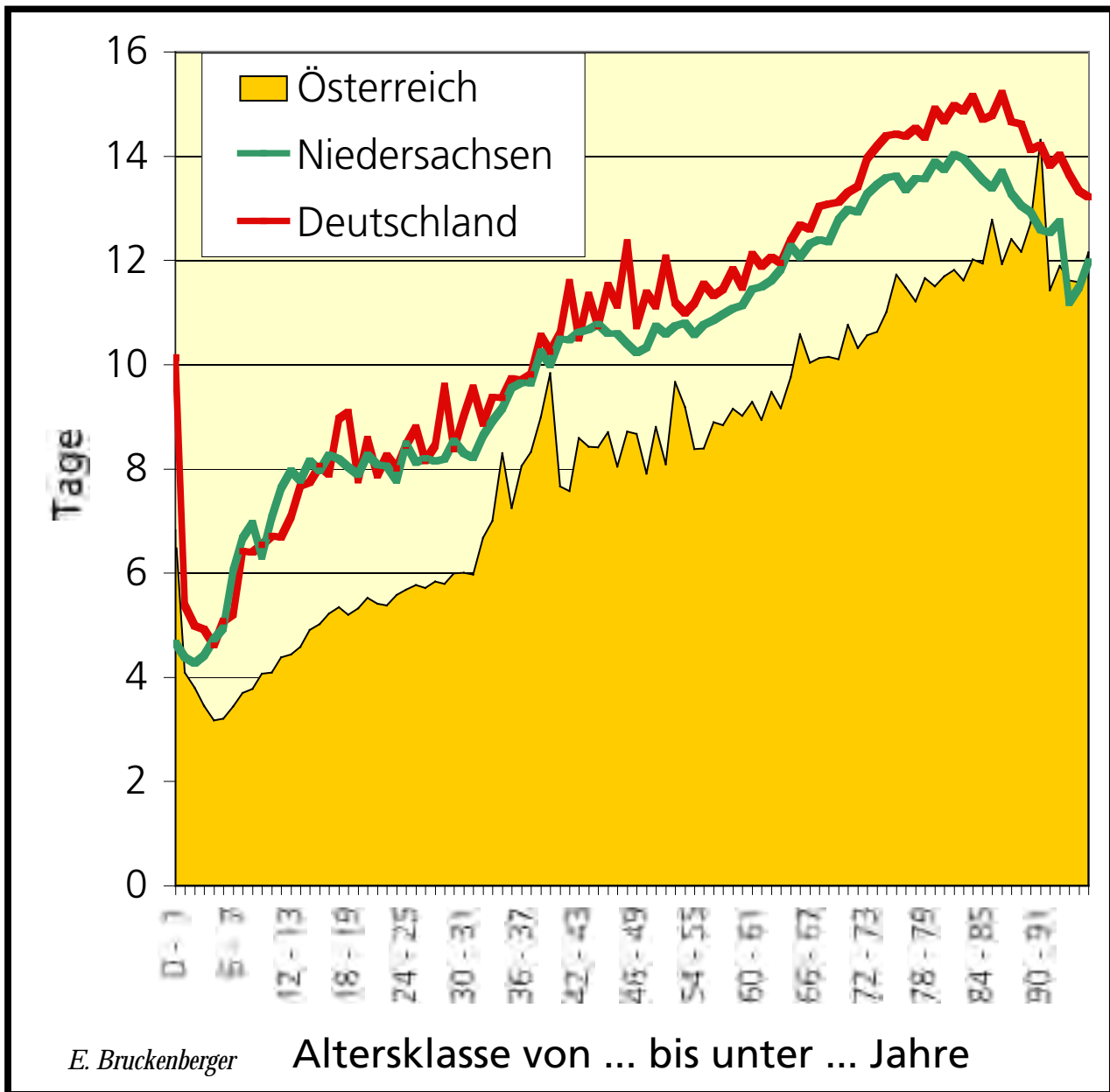
## Anlage 2

### Pflegetage aller stationären Fälle pro 1.000 Einwohner nach Altersklassen 1997



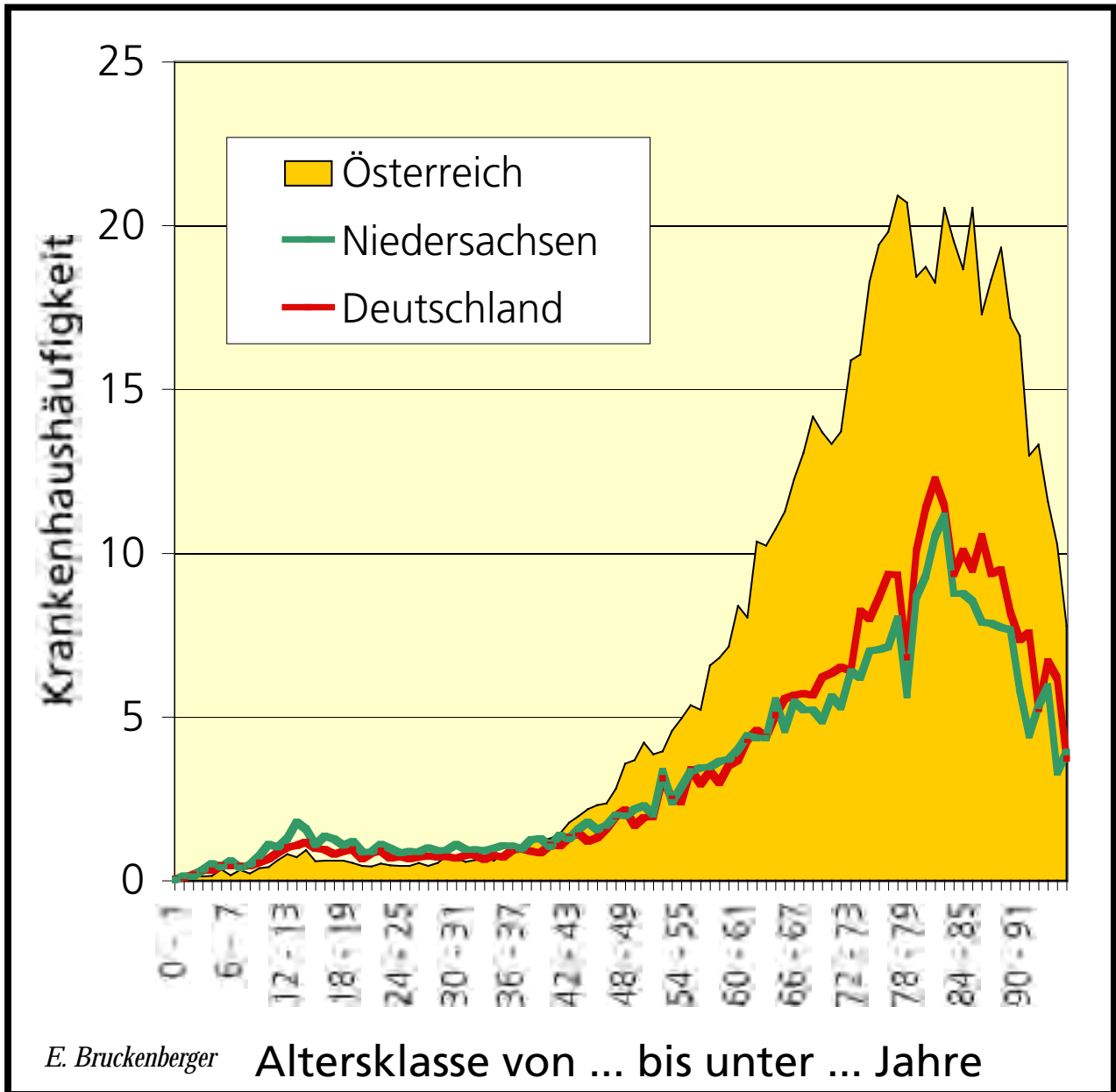
# Anlage 3

## Durchschnittliche Verweildauer aller stationären Fälle nach Altersklassen 1997



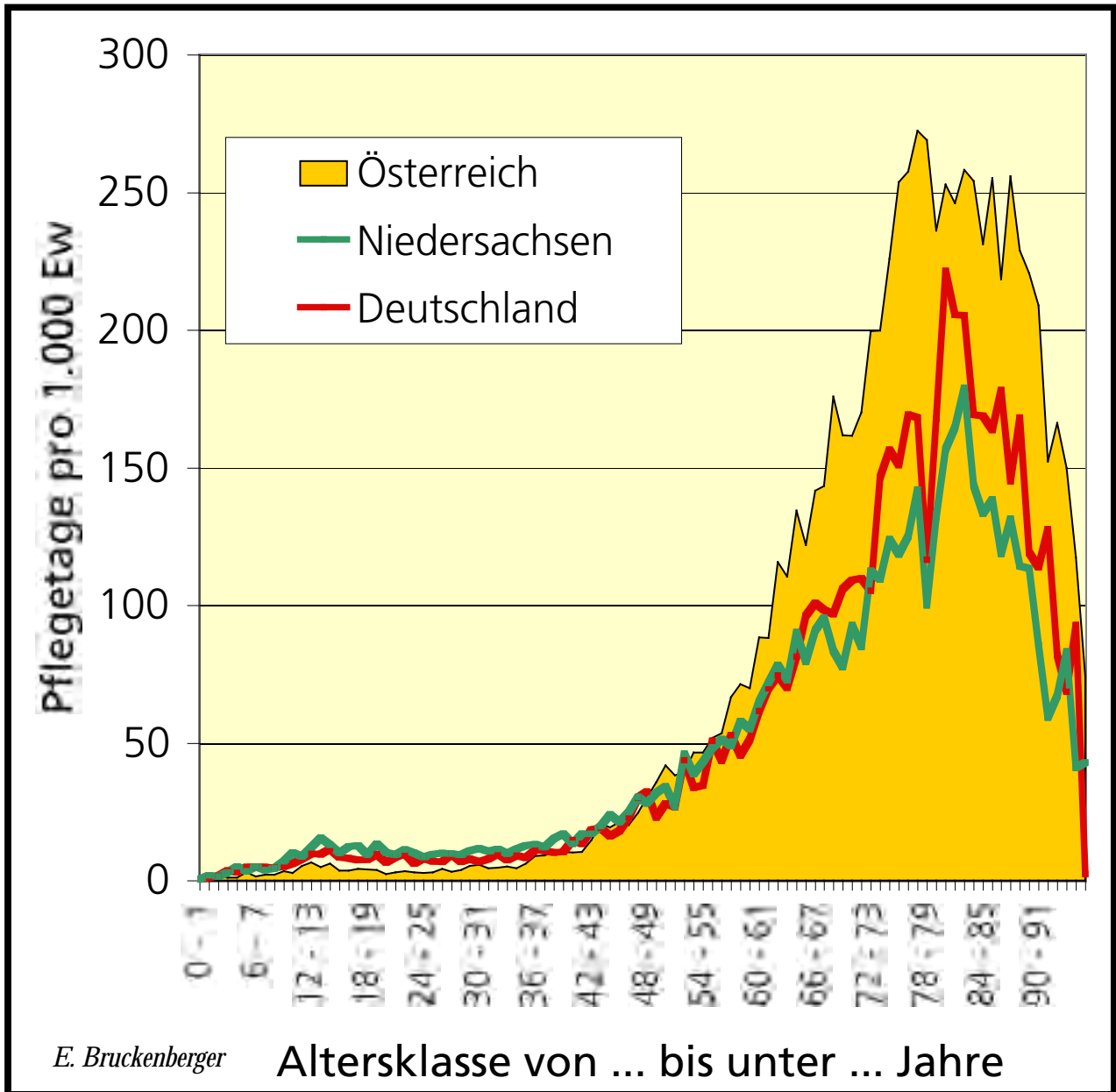
# Anlage 4

## Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaustäufigkeit) mit Diabetes mellitus (ICD-250) nach Altersklassen 1997



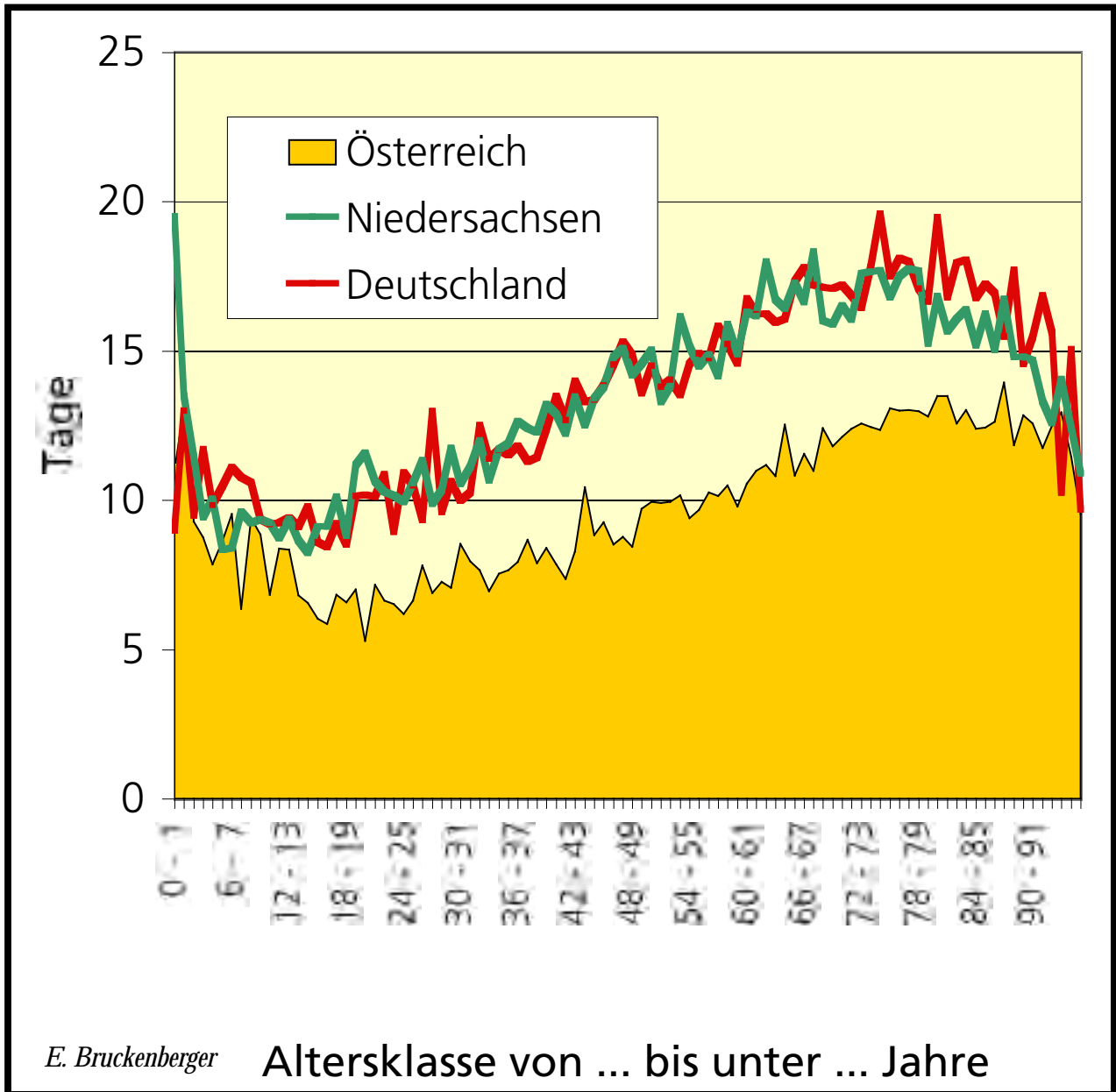
## Anlage 5

Pflegetage der stationären Fälle pro 1.000 Einwohner mit Diabetes mellitus (ICD-250) nach Altersklassen 1997



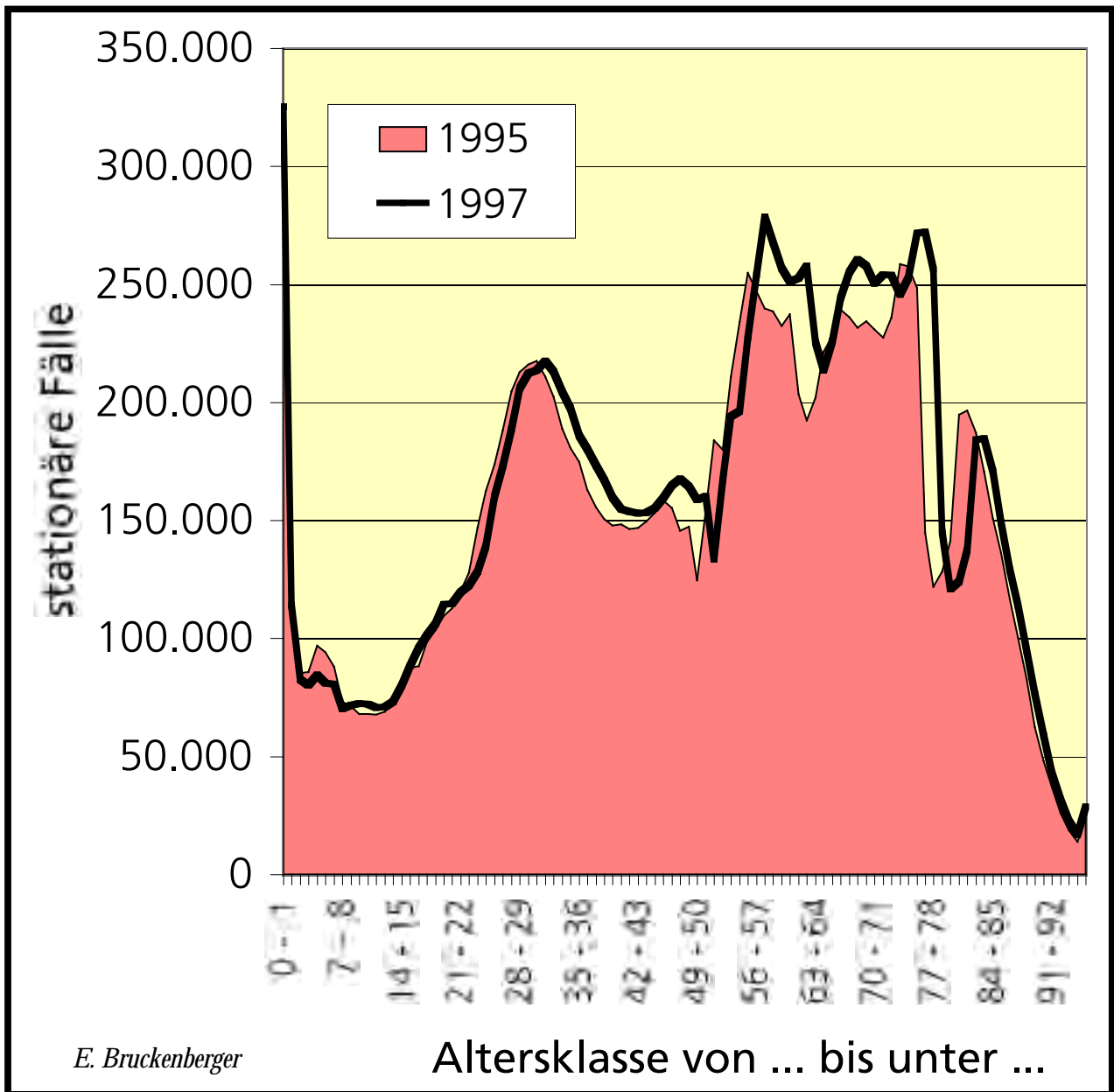
## Anlage 6

### Durchschnittliche Verweildauer der stationären Fälle mit Diabetes mellitus (ICD-250) nach Altersklassen 1997



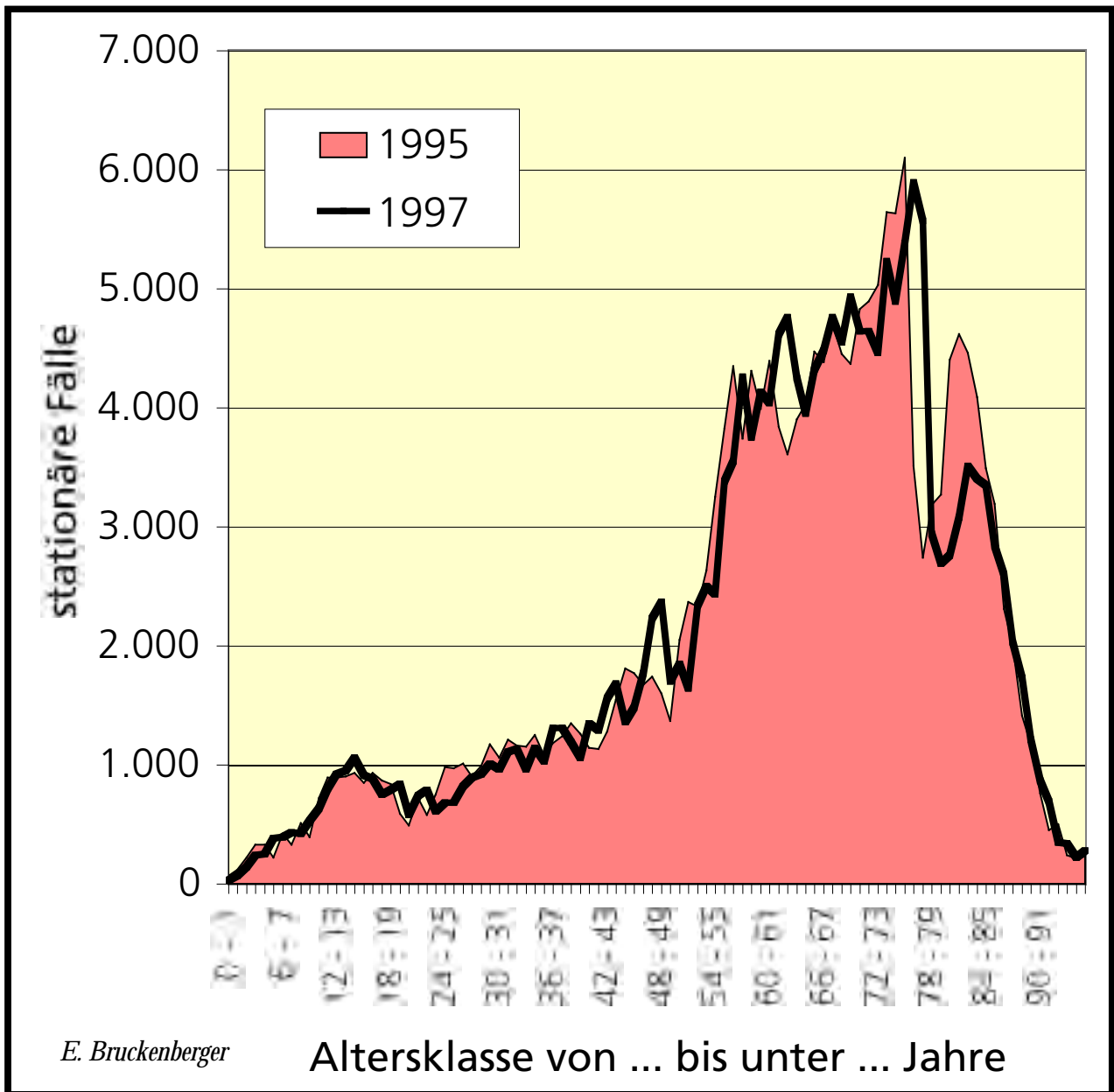
# Anlage 7

## Alle stationären Fälle in Deutschland 1995 und 1997 nach Altersklassen



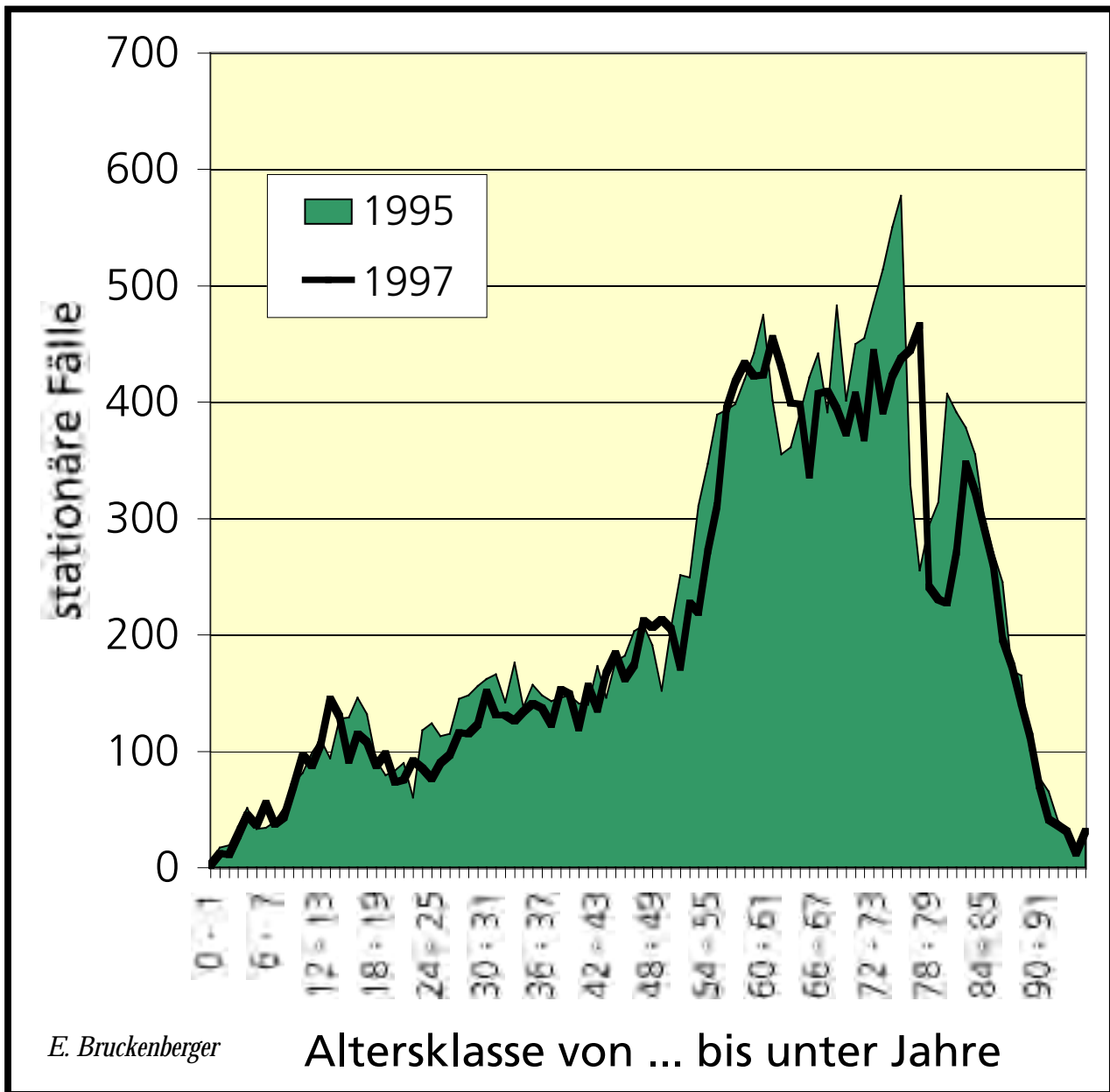
# Anlage 8

## Stationäre Fälle mit Diabetes mellitus (ICD-250) in Deutschland nach Altersklassen 1995 und 1997



# Anlage 9

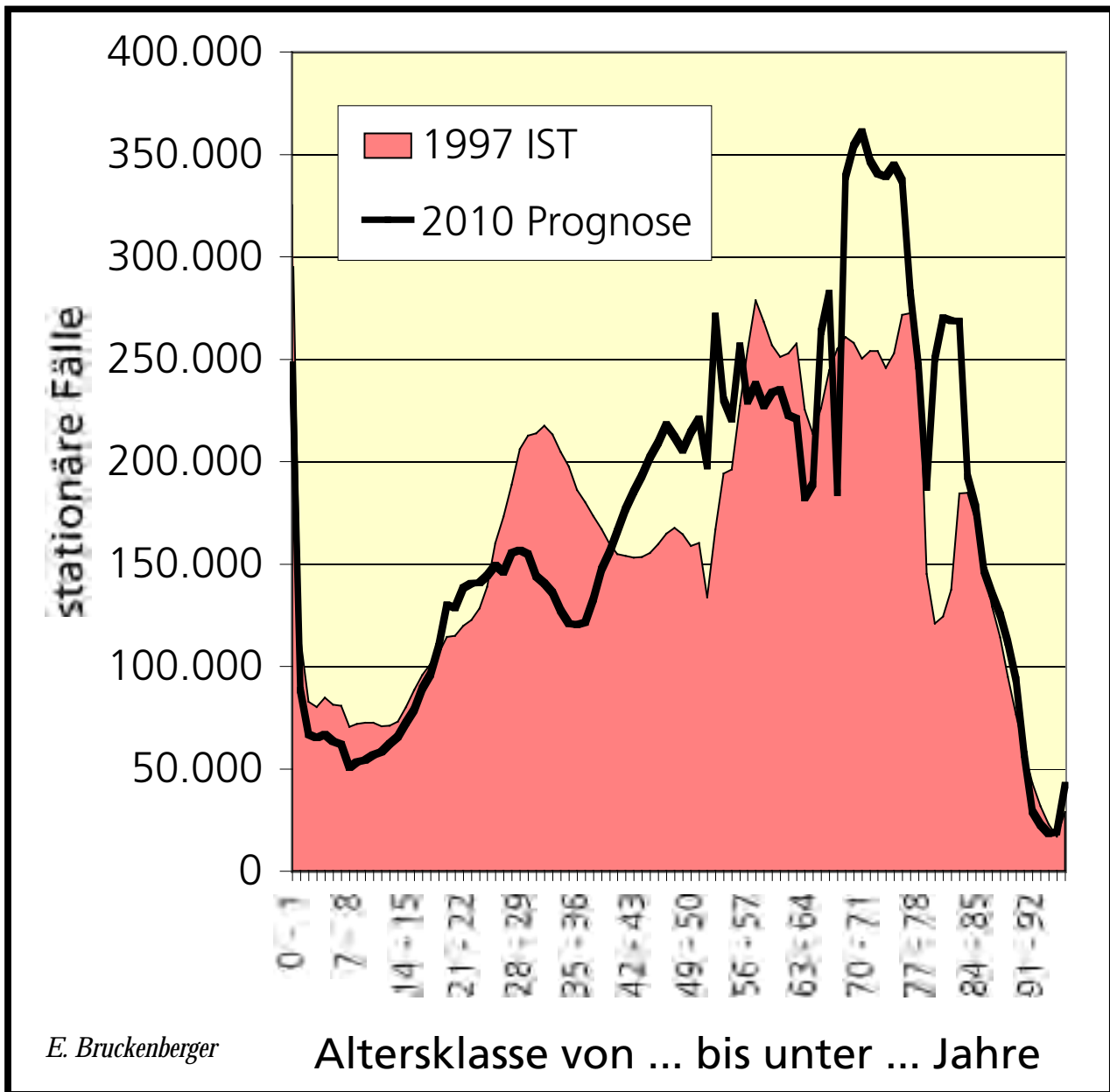
## Stationäre Fälle mit Diabetes mellitus (ICD-250) in Niedersachsen nach Altersklassen von 1995 und 1997





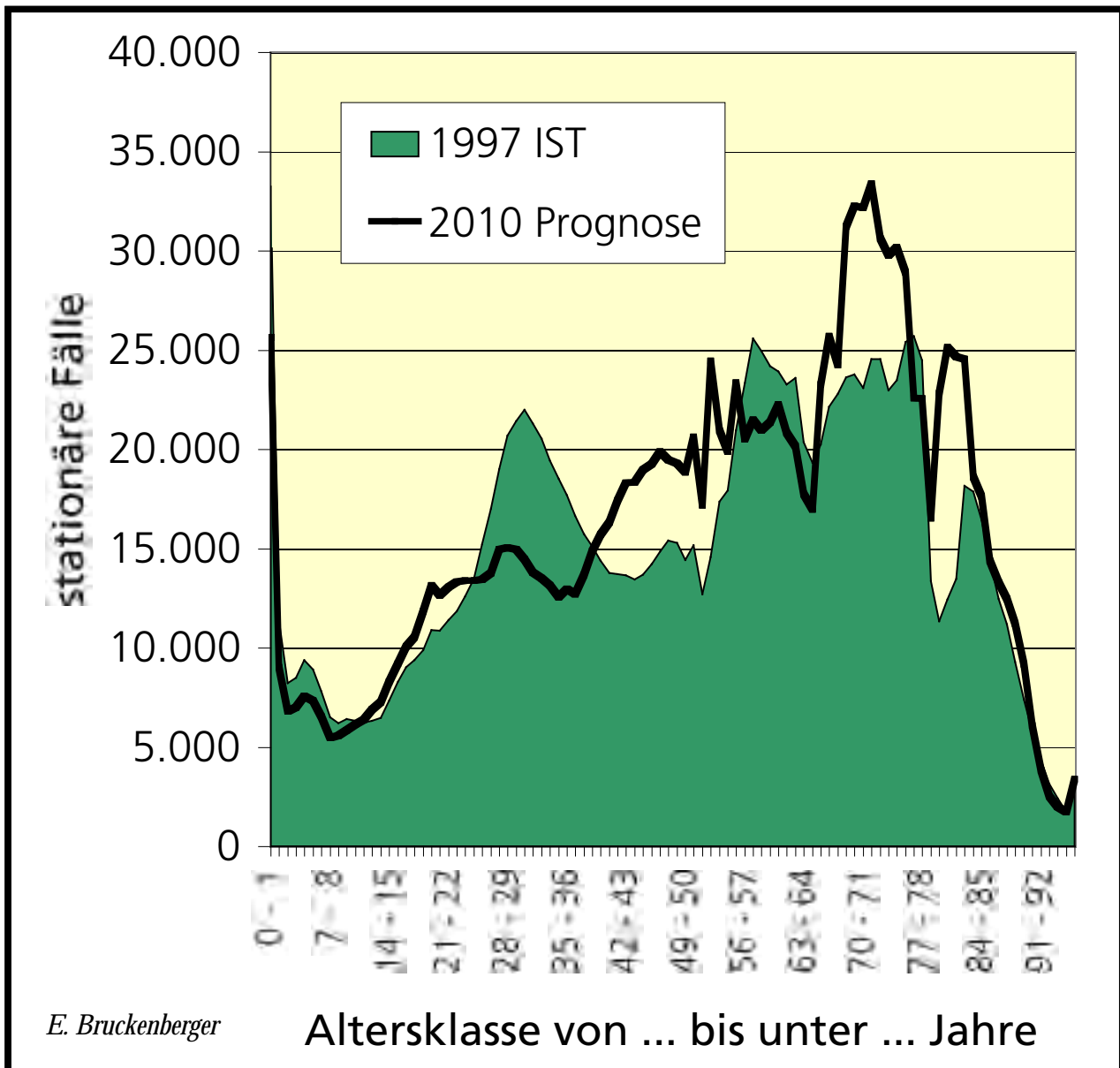
# Anlage 10

## Prognose der stationären Fälle nach Altersklassen für Deutschland



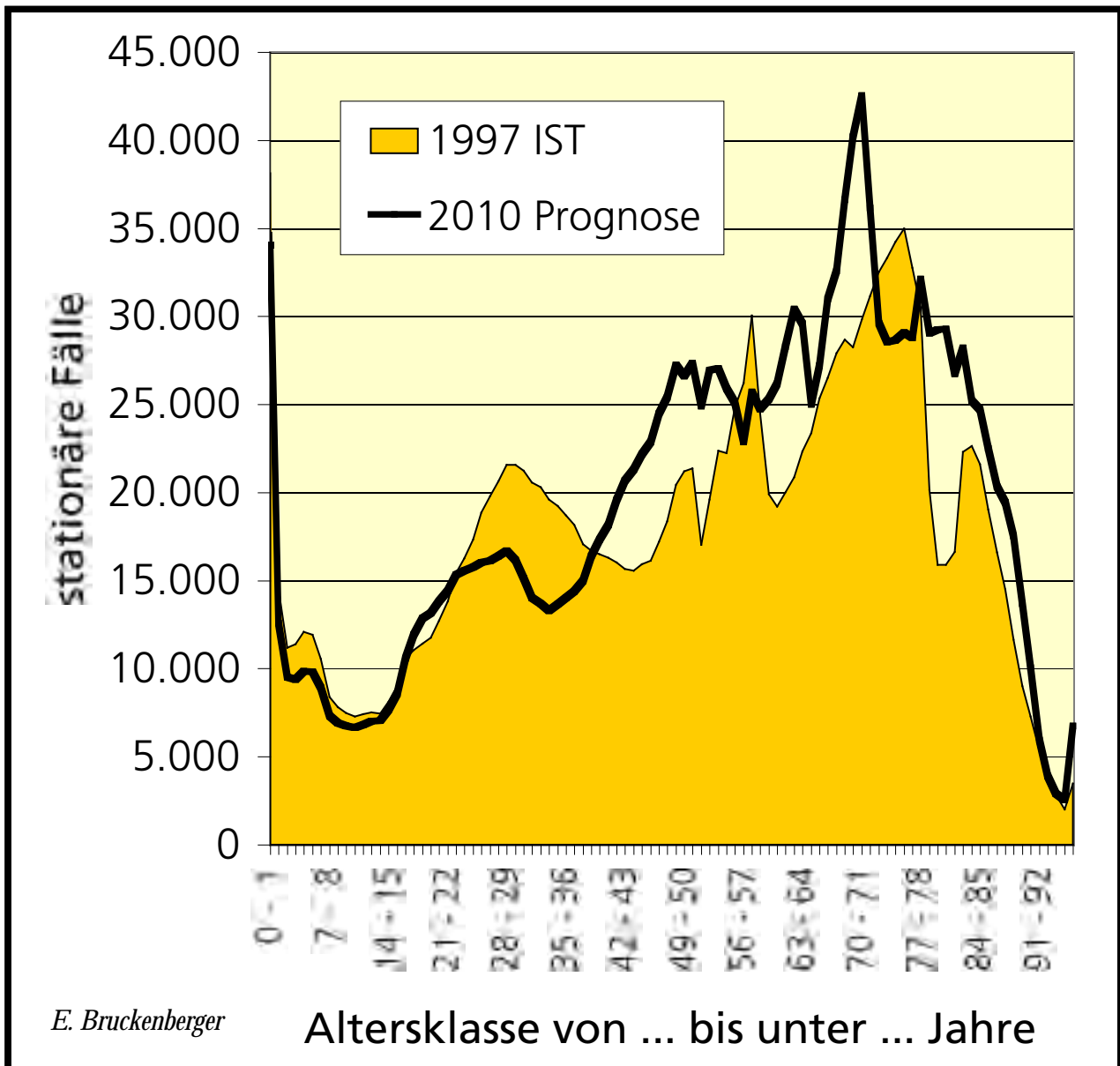
# Anlage 11

## Prognose der stationären Fälle nach Altersklassen für Niedersachsen



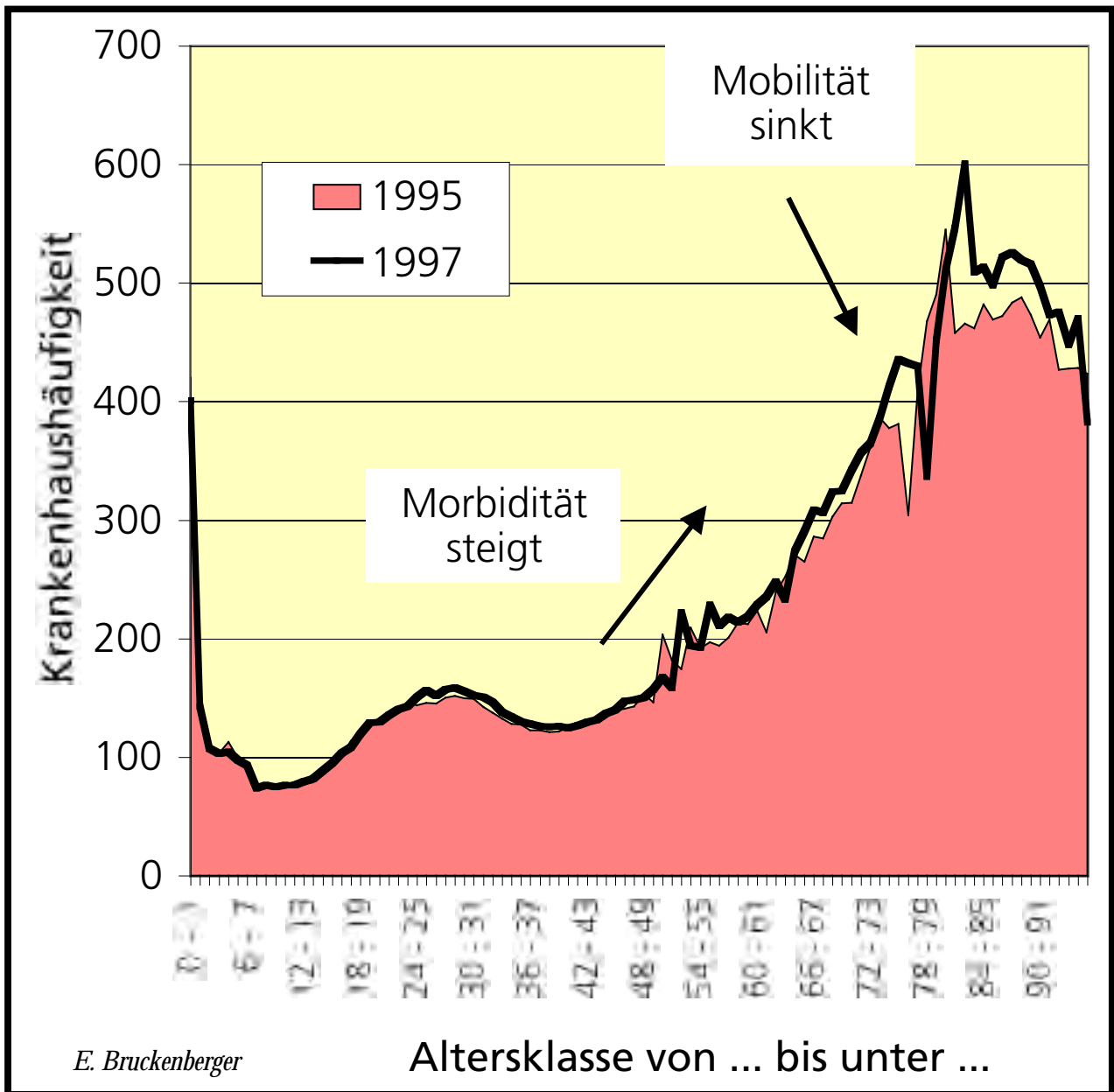
# Anlage 12

## Prognose der stationären Patienten nach Altersklassen für Österreich



# Anlage 13

## Alle stationären Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaustäufigkeit) in Deutschland 1995 und 1997 nach Altersklassen

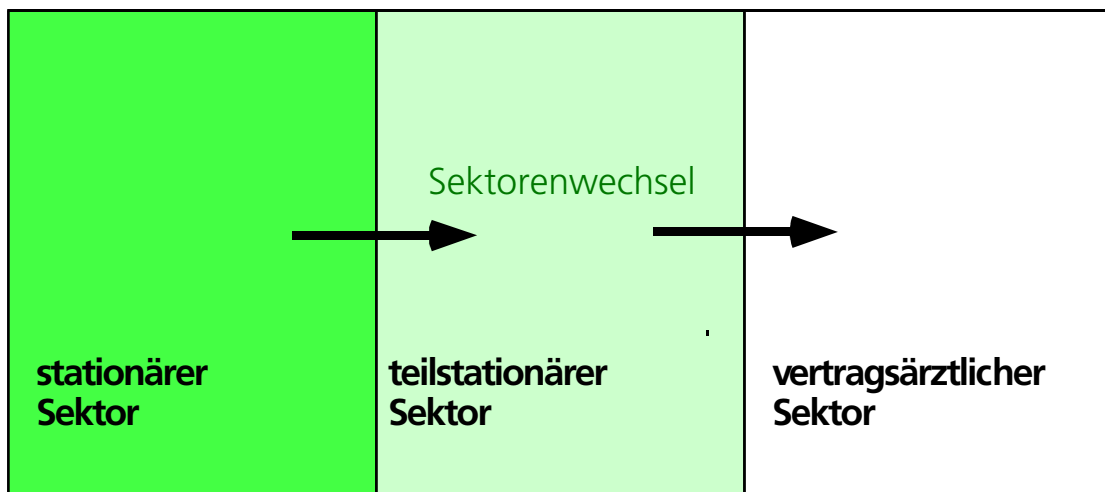


# Anlage 14

## Integrierte (sektorenübergreifende) Versorgung

### Die Theorie

teilweise zu hohe Versorgungsebenen, abgestufte Inanspruchnahme anstreben d.h. linear von stationär zu ambulant



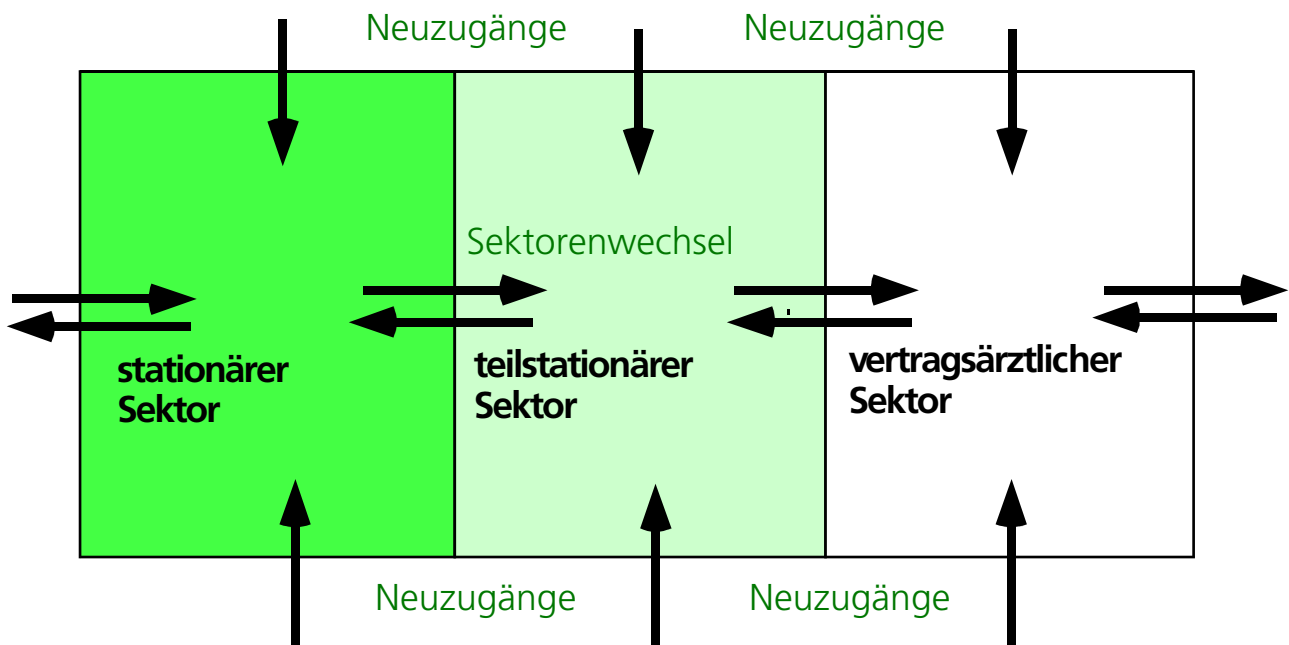
**Leitlinien:** tragendes und verbindendes sektorenübergreifendes Element der integrierten Versorgung

**Ziel:** Verlagerung der Leistungen auf eine niedrigere Versorgungsebene, "das Geld folgt der Leistung", vor allem vom Krankenhaus in die Praxen, Zusammenarbeit in einem sektorenübergreifenden Netz, bessere Qualität und Ausgabensenkung für die Krankenkassen

# Anlage 15 Integrierte (sektorenübergreifende) Versorgung

## Die Nachfragerealität

Die Sektoren haben kein statisches bzw. lineares sondern ein chaotisches Nachfrageverhalten, im Sinne einer gesundheitspolitischen "Quantenmechanik".



**Ziel der Netzteilnehmer:** höhere Einnahmen,  
Netze sind dazu da, Beute zu machen