

**Gutachten Nr. 15 vom 18. Februar 2002
über ethische Fragen zur Auswirkung
der „Minimalen Klinischen Daten“ (MKD)
auf die Anzahl Aufenthaltstage der
Patienten**

Antrag auf Gutachten vom 7. August 1998

Von Dr. Johan Rambler, dem Vorsitzenden des Ethikrates des „Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis“ in Geraardsbergen

Bei der von Dr. Johan Ramboer, dem Vorsitzenden des Ethikrates des „Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis“ in Geraardsbergen, gestellten Frage geht es darum, ob es ethisch zumutbar ist, die individuelle Liegedauer von Patienten nach der landesweit durchschnittlichen Liegedauer zu bestimmen, die auf der Grundlage der durch den Königlichen Erlass vom 06.12.1994 eingeführten Registrierung der minimalen klinischen Daten (MKD) ermittelt wird.

In seinem Schreiben vom 7. August 1998 schreibt Dr. J. Ramboer: „Seit der Einführung der MKD-Registrierung verspüre ich Unbehagen. Vor allem durch ihre finanziellen Auswirkungen droht diese Registrierung mein medizinisches Handeln derart zu beeinflussen, dass ich mir die Frage stelle, ob ich richtig gehandelt habe“.

„Ich habe dieses Gefühl mit dem von Mitarbeitern auf verschiedenen Ebenen verschiedener Krankenhäuser verglichen. Einige haben mir gesagt, ich müsse mich an die Spielregeln halten, viele andere verspüren dasselbe Unbehagen.

Ist es nur, weil dieses System mich mit der harten Realität der gesellschaftlichen Kosten der Krankenversorgung konfrontiert, oder gibt es ethische Zusammenhänge? Ich bin jedoch dafür, diese gesellschaftlichen Kosten zu berücksichtigen, und möchte deshalb informiert werden“.

Der örtliche Ethikrat hat zuallererst einstimmig festgestellt, dass es ethisch unverantwortlich ist, die durchschnittliche Liegedauer als Norm anzuwenden. Es wird erwartet, dass eine optimale Liegezeit bestimmt wird, z.B. in einem Dialog zwischen der Medizin- und der Wirtschaftswissenschaft. Ferner wird angemahnt, dass das System undurchsichtig ist, dass es nicht gut ist, wenn die Gesundheitspolitik an rein wirtschaftlichen Erwägungen ausgerichtet wird, dass für etwaige Komplikationen wie Dekubituswunden manchmal eine bessere Kostenerstattung vorgesehen ist und dass auf die Verkürzung der Liegedauer hingewirkt wird, obwohl eine leistungsfähige häusliche Gesundheitsversorgung nicht vorhanden ist.

INHALT DES GUTACHTENS

KAPITEL I – ALLGEMEINE BESTANDSAUFNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNGS-KOSTEN

- 1.1 Gesundheitsversorgung in Belgien und in anderen Ländern**
- 1.2 Warum die Kosten in der Gesundheitsversorgung steigen**
- 1.3 Solidarität: Schlüsselement in unserer Sozialversicherung**
- 1.4 Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung**
- 1.5 Die Arbeit in den Allgemeinkrankenhäusern**
- 1.6 Die Finanzierung der Krankenhausfunktionskosten**

KAPITEL II – ANALYSE DES MKD-PROBLEMS

- 2.1 Benutzte Begriffe und deren Bedeutung**
- 2.2 Die „Minimalen klinischen Daten“(MKD): Zweck und Registrierung**
- 2.3 Die Berechnung des Etats B1 + B2**
 - 2.3.1 Aufenthaltsdauer pro Patient**
 - 2.3.2 Aufenthaltsdauer pro Patient und DRG**
 - 2.3.3 Landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro DRG**
 - 2.3.4 PAA-NAA-Gewichtung**
- 2.4 Messung des Leistungsvermögens eines Allgemeinkranken-hauses**
- 2.5 Vergleich zwischen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den Allgemeinkrankenhäusern und der landesweiten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer**
- 2.6 Auswirkung der PAA-NAA-Gewichtung auf den Krankenhausetat (Art. 46bis)**

KAPITEL III – GEGEN DAS MKD-SYSTEM GEÄUSSERTE BEDENKEN

- 3.1 Bemerkungen der Patienten**
- 3.2 Bemerkungen der Pflegedienstleister**
- 3.3 Bemerkungen der Krankenhausleitungen**

KAPITEL IV – ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

- 4.1. Bestehende ethische Richtlinien über die soziale Rolle der Behörden und Ärzte**
- 4.2 Ethische Bedenken zum MKD-System**
 - 4.2.1. Ethische Bewertung des MKD**

4.2.2. Faktoren mit ethischen Auswirkungen

KAPITEL V – SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Abkürzungen

Literaturverzeichnis

Tabellen I bis VII

KAPITEL I – ALLGEMEINE BESTANDSAUFNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNGSKOSTEN

Dieses Kapitel befasst sich mit der Bedeutung des MKD-Systems (Minimale Klinische Daten, im Folgenden MKD) innerhalb der globalen Gesundheitsversorgung, in der es derzeit eingesetzt wird. Dieses System ist in erster Linie ein Instrument zur Messung einer Reihe medizinischer Aktivitäten in den Allgemein- und in den Akutkrankenkäusern, mit Ausnahme der psychiatrischen Einrichtungen. Die Krankenhausaufenthaltsdauer der Patienten wird für verschiedene Krankheiten errechnet und anschließend statistisch ausgewertet (siehe Kapitel II). Zu keinem Zeitpunkt wird der spontane Verlauf der Krankheit oder das Ergebnis der Behandlung berücksichtigt, es sei denn in Form einer Meldung von etwaigen Sekundär Diagnosen oder Sterbefällen.

1.1. Gesundheitsversorgung in Belgien und in anderen Ländern

Laut verschiedenen nationalen und internationalen Studien ist das heutige Gesundheitssystem in Belgien – nach den derzeit anwendbaren Kriterien zur Bewertung seiner Qualität – gut, auch was die Kosten-Nutzen-Analyse angeht. Das zeigen die Tabellen I bis IV, die eine Reihe belgischer Daten mit ausländischen Daten vergleichen: die Jahresausgaben für die Gesundheitsversorgung pro Einwohner, den prozentualen Anteil der wichtigsten Gesundheitsbereiche an den Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung, die globale Kapazität und Tätigkeit der Krankenhäuser. Wenngleich eine Reihe von Gesundheitsindikatoren (die Lebenserwartung bei der Geburt, die Kindersterblichkeit in den ersten fünf Lebensjahren, der Bevölkerungsanteil der Senioren über 60) durch die Gesundheitsfaktoren mit bestimmt werden – wir denken hier hauptsächlich an die Qualität des sozialen Umfelds, in dem eine Bevölkerung lebt (Wohnungswesen, Beschäftigungslage, Selbstschätzung usw. ...), zeugen sie auch von der allgemeinen Qualität der Gesundheitsversorgung. Hinter diesen allgemeinen Zahlen können sich jedoch sehr gute, aber auch weniger gute Aspekte verbergen. Daher ist es erforderlich, über eine Strategie zu verfügen, mit der gleichzeitig die Qualität und die Kosten der Gesundheitsversorgung bewertet werden können. Hohe Versorgungsqualität – sowohl für den Einzelnen als für das Gesundheitswesen – setzt auch ein günstiges Verhältnis zwischen der Qualität der Versorgung und den Versorgungskosten voraus, und zwar für jeden einzelnen Bürger. Das MKD-System als Ergebnis der Versuche zur Quantifizierung der landesweiten Gesundheitsversorgung fügt sich in diesen Kontext ein.

1.2. Warum die Kosten der Gesundheitsversorgung steigen

In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten ständig gestiegen. Die Ursachen für diesen Anstieg sind vielfältig und sehr unterschiedlich. Ohne allzu sehr ins Detail zu gehen, können doch einige Gründe genannt werden. So hat die Entwicklung der medizinischen Kenntnisse und der Technik während der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts zu steigenden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten geführt. Die größere Präzision dieser Techniken war dem Einsatz jüngster Errungenschaften in verwandten Wissenschaftsfeldern zu verdanken, der die Kosten in die Höhe getrieben hat. Dank der ständig steigenden medizinischen Möglichkeiten konnten auch

schwerere Krankheiten behandelt werden, auch bei älteren Patienten und bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht oder komplizierten angeborenen Krankheiten.

Die politischen Entscheidungen im Gesundheitsbereich (genauso wie das Ausbleiben dieser Entscheidungen) haben auch eine nicht unerhebliche Rolle beim Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung gespielt. Das krankenhausorientierte Gesundheitssystem des Landes wurde wiederholt als Hauptverantwortlicher für die Kostenexplosion abgestempelt. Aber weder der verhängte Abbau der Anzahl Krankenhausbetten noch die Verringerung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus hat ausgereicht, um diese Explosion entscheidend zu bremsen.

Parallel zur wissenschaftlich-technischen und politisch-wirtschaftlichen Dynamik der belgischen Gesundheitsversorgung hegt die Gesellschaft stets größere Erwartungen an die Diagnose- und Therapieleistungen sowie an den „Hotelcharakter“ der Krankenhäuser. Zu Recht verlangen die Patienten mehr persönliche Aufmerksamkeit und mehr Informationen von den Pflegeanbietern. Dies erfordert jedoch besser ausgebildetes Pflegepersonal und mehr Zeit, damit human mit den Anliegen des Kranken und seiner Familie umgegangen werden kann.

Die Gesundheitsversorgung ist zunehmend auch ein Beschäftigungssektor, der wegen der Änderungen in den Familienstrukturen und auf dem Arbeitsmarkt immer stärker unter Druck steht. Die soziale und kulturelle Entwicklung (Rückgang der Kinderzahl, Einelternfamilien, Ehescheidungen, Anstieg der Alleinwohnenden, ...) schwächt die informellen Versorgungsnetze (Familienangehörige). Diese Änderungen führen ihrerseits, zusammen mit der Vergreisung der Bevölkerung, zu einer steigenden Nachfrage nach teurerer professioneller Hilfe.

Einige Ausschussmitglieder betonen auch die Tatsache, dass die Finanzierung pro Leistung, wie sie heute in unserem Gesundheitssystem besteht, zu höherem Konsum verleitet, besonders bei den technischen Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden. Auch der direkte Zugang des Bürgers zu sämtlichen medizinischen Strukturen kann die Kostenspirale antreiben.

Ferner sind die Forscher und die Medizinindustrie manchmal vorschnell und unvorsichtig beim Ankündigen neuer Techniken und neuartiger Therapien. Manche Neuerung wird zu früh und überschwänglich in der nicht medizinischen Presse angepriesen, noch ehe ihre allgemeine Brauchbarkeit und Sicherheit erwiesen ist. Durch die Weitergabe der allerersten Exemplare von medizinischen Veröffentlichungen, auch von führenden Medizinzeitschriften, an die allgemeine Presse werden neue Fortschritte manchmal über den grünen Klee gelobt, noch ehe ihr allgemeiner Nutzen oder ihre etwaigen Nebenwirkungen ausreichend bekannt sind. Auch die Bewerbung neuer Medikamente mit ausgefuchsten Verkaufsmethoden führt manchmal zu einer unangemessenen Verwendung der verfügbaren Geldmittel.

1.3. Solidarität: Schlüsselement in unserer Sozialversicherung

In Belgien muss das Gleichgewicht zwischen den finanziellen Mitteln und den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung auch im Lichte der allgemein akzeptierten Solidarität betrachtet werden, sowohl was die Verwendung der Mittel als den gleichen Zugang aller Bürger zur bestehenden

Gesundheitsversorgung angeht. So erfahren wir aus einer Studie des Landesverbandes der Christlichen Krankenkassen, dass ungefähr 8 % der Bevölkerung im Jahr 1998 keine Ausgaben verursacht hat, während fast die Hälfte der Gesamtausgaben im gleichen Zeitraum für 4 % der Bevölkerung und 75 % von ihnen für 10 % bestritten wurden.

In unserem Land kann also von einer Grundsolidarität gesprochen werden, aber man darf auch nicht vergessen, dass etwa 14 % der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze lebt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf das Gutachten Nr. 7 des BBA (Bioethica Belgica N. 4 - März 1999) über die Erhöhung der Beteiligung an den Versicherungskosten für die medizinische Versorgung von vier sozial schwachen Gruppen.

1.4. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung

1996 gab Belgien 8,6 Prozent seines Bruttonettoprodukts (BSP) für die Gesundheitsversorgung aus. Der von Lohnabgaben der erwerbstätigen Bevölkerung stammende gemeinsame Anteil der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung betrug 7,6 Prozent des BSP gegenüber 6,1 Prozent im Jahre 1985. Im selben Zeitraum stieg das BSP von 5.148,2 Milliarden BEF (127,62 Milliarden EUR) 1985 auf 8.305,1 Milliarden BEF (205,88 Milliarden EUR) 1996, also um 61 %, siehe Tabelle 5. Die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung stiegen von 352,6 Milliarden BEF (8,74 Milliarden EUR) 1985 auf 714,3 Milliarden BEF (17,70 Milliarden EUR) 1996, also um 103 %. Der Gesamtanteil der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung lag 1985 bei 85 Prozent und 1996 bei 89 Prozent (Tabelle V).

1997 betrug die Finanzierung der Verwaltungskosten der Allgemeinkrankenhäuser des Landes 143,631 Milliarden BEF (3,56 Milliarden EUR). Gegenüber 1986 ist dies ein allmählicher Anstieg um 50 %, d.s. 53 % weniger als der Anstieg der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung. Tabelle VI zeigt die prozentuale Verteilung der Kosten der Allgemeinkrankenhäuser.

1.5 Die Arbeit in den Allgemeinkrankenhäusern

Im Zeitraum zwischen 1985 und 1996 sank die Anzahl Betten in den Allgemeinkrankenhäusern von 68.404 auf 57.433. Im selben Zeitraum stieg die Anzahl Krankenhauspatienten von 1.591.000 auf 1.922.000, während die Anzahl Aufenthaltstage von 20.494.000 auf 15.998.000 zurückging. Die Belegungsquote blieb nahezu konstant, ungefähr 82 Prozent, aber die Anzahl Pflergetage pro eingelieferten Patienten fiel von 13 auf 9 Tage (Tabelle V).

Der Rückgang der Gesamtanzahl Pflergetage war vor allem der Politik der achtziger Jahre zu verdanken: dem Abbau der allgemeinen Krankenhausbetten durch das Moratorium auf die Bettenkapazität, der Beendigung der uneingeschränkten Erstattung der Pflergetage und dem Ende der Koppelung des Pflergetagesatzes an den buchhalterisch erfassten Kosten. Seit 1998 wird bei der Ermittlung des Pflergetagesatzes auch die klinische Aktivität des Krankenhauses, z.B. die Bettenbelegung und die Aufenthaltsdauer, berücksichtigt.

1.6. Die Finanzierung der Krankenhausfunktionskosten

Der Ministerrat bestimmt jedes Jahr per Königlichen Erlass den Gesamtetat der staatlichen Geldmittel für die Finanzierung der Krankenhausfunktionskosten. Für 1999 wurde der Betrag auf 160.605.100.000 BEF (3.981.296.433 EUR) festgelegt, davon 136.092.700 Milliarden BEF (3.374.478.056 EUR) für die Allgemeinkrankenhäuser. Am 21. November 2001 verabschiedete der Ministerrat zwei Entwürfe von Königlichen Erlassen über den Etat für die Finanzierung der Funktionskosten der Krankenhäuser: Erhöhung des Gesamtetats 2001 auf 173,3 Milliarden BEF (4,3 Milliarden EUR) und Festlegung des Gesamtetats 2002 auf 181,32 Milliarden BEF (4,49 Milliarden EUR). Durch die Zusammenlegungen der letzten Jahre ist die Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser von 375 im Jahre 1985 auf 177 im Jahre 1996 und 135 im Jahre 1999 zurückgegangen.

Um die potenzielle Auswirkung des MKD-Systems auf die Finanzierung zu ermitteln, ist eine ausführliche Übersicht der einzelnen Bestandteile des Krankenhausetats mit Angabe der Ausgabenposten im Jahre 1997 – der letzten verfügbaren Daten (Tabelle VI) – und der Einnahmequellen (Tabelle VII) erforderlich.

Teil A – Investitionen

- A1. Investitionsaufwendungen
- A2. Kurzfristige Kredite
- A3. Allgemeine nichtindexierte Aufwendungen, u.a. die Gewerkschaftsprämie in Höhe von 3 BEF pro Pflage-tag (ab 2001 in B4 eingetragen)
- A4. Investitionskosten für schwere medizintechnische Ausrüstung, z.B. Kernspintomographie (NMR) und Radiotherapiegeräte.

Teil B – Dienstleistungen

Für das Verständnis des vorliegenden Gutachtens ist vor allem die Analyse der Bestandteile B1 und B2 wichtig. Der Endbetrag, der jährlich den Posten B1 und B2 zugewiesen wird, hängt von den MKD-Daten ab (siehe 2.2).

- B1. Kosten für gemeinsame Dienstleistungen wie Unterhalt, Heizung, Verwaltung, allgemeine Kosten, Wäscheunterhalt und Essen
- B2. Kosten für klinische Dienstleistungen: Teil B2 deckt sowohl die Kosten des Pflegepersonals, das an den obengenannten Krankeneinrichtungen arbeitet, als die Kosten der in den genannten Einrichtungen verwendeten medizinischen Produkte ab. Der Staatshaushalt wird nach einem Punktesystem für die einzelnen Krankenhausabteilungen (Pflegedienste, OP-Abteilung, Notaufnahme und zentrale Sterilisation) auf die Krankenhäuser verteilt.
- B3. Funktionskosten der medizintechnischen Dienste wie Radiographie und Radiotherapie.
- B4. Wiederverwendung von 25 % der durch den Bettenabbau freigewordenen Geldmittel und eine Reihe pauschal gedeckter Kosten.

- B.5. Kosten für den Betrieb der Krankenhausapotheke.
- B6. Finanzierung der Sozialabkommen.

Teil C – Verschiedenes

- C1. Kosten für den Kauf neuer Gebäude
- C2. Nachholbeträge
- C3. Der Betrag, der bei Ein- oder Zweibettzimmern abzuziehen ist, auf die ein Zuschlag erhoben wird.
- C4. Abzug des für ein bestimmtes Geschäftsjahr geschätzten Einnahmenüberschusses, im Vergleich zur zugewiesenen Anzahl Krankenhausbetten.

KAPITEL II – ANALYSE DES MKD-PROBLEMS

2.1. Benutzte Begriffe und deren Bedeutung

Unter dem zunehmenden Druck der Gesellschaft, die Gesundheitsausgaben einzudämmen, ist im letzten Jahrzehnt die Kontrolle der Einheitspreise eingeführt und die Wirksamkeit (efficacy) der Gesundheitsversorgung in Frage gestellt worden. Diese Kontrolle und Hinterfragung sind wegen der per Definition begrenzten Mittel der Gesellschaft gerechtfertigt. Vor diesem Hintergrund wurden Begriffe wie „Kosteneffektivität“ („cost efficacy“), „Preis-Leistungs-Verhältnis“ („cost effectiveness“), „Kosteneffizienz“ („cost efficiency“), „Kosten-Nutzen-Bewertung“ („cost-benefit analysis“) in der Gesundheitsversorgung geprägt und andere, vielversprechende Analysen erstellt, in Analogie zur rationalen Anwendung wirtschaftlicher Grundsätze im Betriebsleben.

Die rein wirtschaftliche Bewertung ist nur eines der Instrumente, das Gesundheitsökonominnen zur Verfügung steht; in der Praxis ist sie jedoch ein multidisziplinärer wissenschaftlicher Ansatz, bei dem es auch um Entscheidungsfindungstechniken, Statistik und Epidemiologie geht. Sie kommt allerdings nicht ohne den substantiellen Beitrag der klinischen Forschung und den tagtäglichen Umgang mit behandelten Kranken und Traumapatienten aus.

Um dies zu erreichen, müssen sich die verschiedenen Akteure der Gesundheitsversorgung als Team über die benutzten Begriffe und ihre Definition einigen. Der Begriffswirrwarr führt nämlich langsam zu Missverständnissen, Misstrauen und Konflikten zwischen Politikern, Gesundheitsökonominnen und den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen. Allzu oft wird Pflegequalität mit Pflegewirksamkeit, Pflegeeffektivität und Pflegeeffizienz verwechselt.

Die an den belgischen Beratenden Bioethik-Ausschuss gestellte Frage erwähnt bereits die Notwendigkeit des Dialogs zwischen der Medizin- und der Wirtschaftswissenschaft. Daher bitten die Ausschussmitglieder zum guten Verständnis des Gutachtens, sehr behutsam mit der Semantik der benutzten Wörter umzugehen.

Qualität spiegelt das Ergebnis der Verbesserung der (körperlichen, aber auch der psychischen und sozialen) Gesundheit oder anders ausgedrückt: die Verbesserung bei der Prävention und Behandlung von Krankheiten wider.

Wirksamkeit (efficacy) bezieht sich auf die potenzielle Wirkung einer Behandlung. Eine Behandlung wird als wirksam bezeichnet, wenn die Wirkung im Labor oder im Rahmen einer klinisch-wissenschaftlichen Untersuchung nachgewiesen ist. Unter streng kontrollierten Umständen wurde nachgewiesen, dass die Behandlung eine ganz bestimmte Wirkung, meistens auf einen Zwischenparameter wie die Normalisierung des Blutdrucks, des Blutzuckers, ... hat.

Effektivität (effectiveness-effectivity) geht noch einen Schritt weiter: eine Behandlung, die unter ganz bestimmten Umständen wirksam ist, wird erst dann als effektiv bezeichnet, wenn die Wirksamkeit auch in der tagtäglichen medizinischen Praxis (daily clinical practice) nachgewiesen werden kann. Eine wirksame oder effektive Behandlung hat also über das experimentelle Stadium

hinaus ein praktisches klinisches Ziel erreicht: die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Der Unterschied zwischen Wirksamkeit und Effektivität ist sehr wichtig. Obschon es relativ einfach zu belegen ist, dass ein neues Chemotherapeutikum im Labor bei der Rückbildung bestimmter Tumore bei Mäusen wirksam ist, kann der Nachweis seiner Effektivität in Form von erhöhten Überlebenschancen beim Menschen oft langfristige, breitgefächerte Studien erfordern. Die endgültigen Kriterien für die Bewertung dieser Studien müssen aus Sicht des Patienten qualitativ relevant sein (Lebenserwartung, Komfort und/oder Lebensqualität).

Effizienz (efficiency). Eine effektive Behandlung gilt als effizient, wenn das klinische Ziel beim Patienten zu einem vernünftigen Preis erreicht werden kann. Effizienz bedeutet als, dass die klinische Pflege zu einem günstigen Preis gewährleistet werden kann. Während die klinischen Studien, unter anderem die jüngsten Studien nach dem neuen Paradigma „Evidence-based-medicine“, die Wirksamkeit und Effektivität der Pflege untersuchen, befassen sich die ökonomischen Bewertungen mit deren Effizienz. Es ist wichtig, die medizinische und die ökonomische Rationalität voneinander zu trennen und sämtliche Gesundheitsvorteile/Gesundheitskosten nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig zu analysieren. So ist die langfristige chirurgische und pflegerische Behandlung eines durch arterielle Insuffizienz verursachten Beingeschwürs viel kostspieliger als die sofortige Amputation des Beins, u.a. wegen der langen Krankenhausaufenthaltsdauer. Doch sehr oft werden diese kurzfristigen Einsparungen durch die Verschiebung der Kosten auf andere Posten wie die Anschaffung von Prothesen, Rehabilitation, Pflege zuhause, Mobilitätshilfen usw. zunichtegemacht, ganz zu schweigen von der Verschlechterung der Lebensqualität. Die ökonomische Rationalität muss die klinische Rationalität beachten, und umgekehrt, denn sonst versinken beide in Irrationalität (siehe Doubilet, Weinstein und McNeil (1986)¹).

In der Gesundheitsversorgung muss vorsichtig mit dem Begriff Kosten-Nutzung-Bewertung („cost benefit“) umgegangen werden. Die Sofortkosten können geringer sein, weil sie durch Kosten verdeckt sind, die erst später zum Vorschein kommen oder wegen des wechselnden Inhalts des Begriffs „Nutzwert“, der mehr oder weniger groß sein kann. Manchmal wird die Verwirrung noch dadurch vergrößert, dass nicht genau auszumachen ist, wem der „Nutzwert“ eigentlich zugutekommt: dem Patienten, den Gesundheitsanbietern, der Krankenversicherung oder der öffentlichen Hand.

In gleich welchem politischen System ist die isolierte Betrachtung der Ausgaben, losgelöst von der klinischen Rationalität, irrational. Darüber hinaus führt die Kontrolle der Ausgaben in einem bestimmten Bereich der Gesundheitsversorgung oft zu einer Verschiebung der Ausgaben auf einen anderen Bereich.

¹ Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term "Cost Effective" in Medicine. *New England Journal of Medicine* 1986; 314: 253-256.

2.2. Die „Minimalen Klinischen Daten“ (MKD): Ziel und Registrierung

Laut Artikel 2 des Königlichen Erlasses vom 6.12.1994 (B.S. 30.12.1994) zielt die Registrierung der minimalen klinischen Daten darauf ab, die aktuelle Gesundheitspolitik zu unterstützen, unter anderem in Bezug auf

1. die Ermittlung des Bedarfs an Krankenhausausrüstung,
2. die Umschreibung der qualitativen und quantitativen Anerkennungsnormen sowie die klinische Effektivität und die operative und ökonomische Effizienz der Krankenhäuser und ihrer Dienste,
3. die Gestaltung der Finanzierung der Krankenhäuser,
4. die Ausrichtung der Politik, was die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit angeht,
5. die Ausarbeitung eines epidemiologischen Überwachungskonzeptes.

Die Minimalen Klinischen Daten (MKD) werden jedes Mal registriert, wenn ein Patient aus einer der in Artikel 3 und Artikel 6 des KE vom 6.12.1994 genannten Einrichtungen nach Hause entlassen wird. Die Daten müssen nach den Bestimmungen dieses Erlasses dem für Volksgesundheit zuständigen Minister in anonymisierter Form mitgeteilt werden. Dieser ist Inhaber des Datenbestandes, und der Generaldirektor der Abteilung Pflegeeinrichtungen arbeitet damit.

Zu den mitzuteilenden MKD gehören:

1. Allgemeine Daten über die Einrichtung, die sie einsammelt
 - 1.1. Die Registrierungsnummer der Einrichtung
 - 1.2. Die Kennnummer der Krankenhausdienste
 - 1.3. Der Datenbestandskode
2. Patientendaten
 - 2.1. Die individuelle Registrierungsnummer, die keine persönlichen Daten wie das Geburtsdatum enthalten darf
 - 2.2. Das Geburtsjahr und das Geschlecht
 - 2.3. Die Postleitzahl der Wohnsitzgemeinde (bei Einwohnern) oder des Herkunftslandes (bei Nichtansässigen)
3. Daten über den Aufenthalt des Patienten
 - 3.1. Die individuelle Registrierungsnummer
 - 3.2. Die Anzahl Pfl egetage pro Krankenhausaufenthalt, aufgeteilt nach dem Kennbuchstaben der Krankenhausabteilung, in der der Patient in chronologischer Reihenfolge untergebracht war
 - 3.3. Das Datum (Jahr, Monat und Wochentag) der Aufnahme und Entlassung
 - 3.4. Die Aufenthaltsdauer (Tage) auf der Intensivstation

- 3.5. Der Grund für die Einlieferung
- 3.6. Die Instanz, die den Patienten eingeliefert hat
- 3.7. Die Art der Entlassung und das Bestimmungsziel
- 3.8. Die Aufenthaltsdauer

- 4. Diagnosen und medizinische Handlungen
 - 4.1. Haupt- und Nebendiagnosen nach dem ICD-9-Kode
 - 4.2. Eingriffe, die nach der LIKIV-Nomenklatur und dem ICD-9-Kode kodiert werden
 - 4.3. Außer Haus gegebene Untersuchungen, die nicht im Aufnahmekrankenhaus stattgefunden haben
 - 4.4. Risikobehaftete Techniken

Vertraulichkeit

Solange das Dokument individuelle (medizinische und administrative) Daten enthält, ist eine Verletzung der Vertraulichkeit möglich. Um dies zu verhindern, muss unter anderem in jedem Krankenhaus ein Arzt benannt werden, der für den Umgang mit den Daten und den Zugang zur Datenbank verantwortlich ist. Besagter Arzt muss das Vertrauen des Krankenhauses genießen, und seine Personalien müssen dem Provinzausschuss der Ärztekammer mitgeteilt werden.

Alle Mitarbeiter des Arztes, die an der Verarbeitung der MKD-Daten beteiligt sind, unterliegen dem Berufsgeheimnis. Ferner schreibt das Datenschutzgesetz die Aktualisierung der Liste der Personen (einschließlich ihrer Aufgabenbeschreibung) vor, die Zugang zur Datenbank haben. Die Ärztekammer beunruhigt jedoch die Tatsache, dass die Halter der Kodierungsschlüssel in den Krankenhäusern in der Lage sind, die Identität der Patienten herauszufinden. Der Beratende Bioethik-Ausschuss teilt diese Besorgnis. Die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen sind mehr denn je angezeigt, wenn die Daten an die Daten anderer Datenbanken gekoppelt werden (siehe Gutachten der Ärztekammer vom 16.05.1987).

Obschon die Daten anonymisiert vom behandelnden Krankenhaus an den Minister für Volksgesundheit übermittelt werden, hat der Staatsrat (10.12.1993) geurteilt, dass eine solche Konvergenz und Verbreitung konkreter persönlicher Daten nicht immer die strikte Anonymität des Patienten garantiert. Allein die Tatsache, dass eine Identifikation theoretisch möglich ist, reicht aus, um die Legalität des besagten Königlichen Erlasses vom 21.06.1990 in Frage zu stellen.

Die Vertraulichkeit gilt auch für die übermittelten kodierten Daten. Die Frage bleibt allerdings, ob die große Anzahl abgerufener MKD-Daten – vor allem bei einer Person aus einer bevölkerungsarmen Postleitzahlzone – es nicht doch ermöglicht, in gewissen seltenen Fällen die Anonymität zu knacken. Der Ausschuss für den Schutz der Privatsphäre ist jedoch der Ansicht, dass die bislang verwendete doppelte Kodierung den Schutz der Privatsphäre gewährleistet.

2.3. Die Berechnung des Etats B1 + B2

Der Etat B1 + B2 der einzelnen Krankenhäuser wird nach der Krankenhausaufenthaltsdauer, den „diagnosis related groups“, der landesweiten durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer und dem PAA-NAA-Verhältnis (PAA = Positive Anzahl Aufenthaltstage; NAA = Negative Anzahl Aufenthaltstage) berechnet.

2.3.1. Aufenthaltsdauer pro Patient

Die Krankenhausaufenthaltsdauer wird in Tagen ausgedrückt, wobei der Aufnahmetag als erster und der Entlassungstag als letzter Tag angerechnet wird, insofern der Patient nach 14. Uhr entlassen wird.

2.3.2. Aufenthaltsdauer pro Patient und DRG

Die laut MKD-Registrierung eingetragenen Patienten werden in Gruppen aufgeteilt, auch DRG (Diagnosis Related Groups) genannt (siehe Definition 2.4). Jede Diagnosegruppe wurde ursprünglich in zwei DRG-Untergruppen aufgeteilt, eine mit Patienten unter 75 Jahren und eine mit Patienten über 75. Seit 1996 werden die in einer Geriatrieabteilung versorgten Patienten als dritte Untergruppe betrachtet.

2.3.3. Landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro DRG

Pro DRG wird eine landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer (LDA) errechnet, ohne Berücksichtigung der Extremzahlen der Kurve, die normalerweise keine Gauss-Glockenkurve ist. Für diese Berechnungen werden nur die Zahlen zwischen den Perzentilwerten 25 und 75 berücksichtigt; es findet ferner eine Korrektur der Aufenthaltstage der Patienten statt, die außerhalb dieser Werte liegen und „outliers“ genannt werden.

2.3.4. PAA-NAA-Gewichtung

Liegt die Anzahl Aufenthaltstage über der landesweiten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, dann ist von einer positiven Anzahl Aufenthaltstage (PAA) die Rede. Liegt die Anzahl Aufenthaltstage unter dem landesweiten Durchschnitt, dann spricht man von einer negativen Anzahl Aufenthaltstage (NAA). Für die Anwendung der PAA-NAA-Gewichtung verweisen wir auf Punkt 2.6.

2.4. Messung des Leistungsvermögens eines Allgemeinkrankenhauses

Zuerst stellt sich die Frage, ob die operative und ökonomische Effizienz eines Krankenhauses anhand der Aufenthaltsdauer messbar ist, wenn gleichzeitig eine Mindestbelegungsquote in Kombination mit der Begrenzung der Anzahl Krankenhausbetten und der Aufenthaltsdauer vorgeschrieben wird, ohne objektive klinische Qualitätskriterien für die dort erteilte Pflege zu

berücksichtigen. Seit 1990 wird für jedes Krankenhaus sowohl die Bettenanzahl und die Bettenart als die Anzahl Pflgetage pro Jahr festgelegt. Außerdem wird die erwartete Mindestbelegungsquote der Betten bestimmt. Für die Allgemeinkrankenhäuser wird die maximale Anzahl Hospitalisationstage, die einem Krankenhaus pro Betriebsjahr zugeteilt wird, nach der Anzahl der am 1. Januar des Referenzjahres bestehenden und anerkannten Betten und nach der Mindestbelegungsquote folgender Abteilungen berechnet: Kinderheilkunde € und Geburtsklinik (M) 70 %; Neonatologie-Intensivstation (N) 75 %; anerkannte Palliativdienste (Palliativpflege) 90 % und andere Dienste 80 %. Während der Vorbereitung des Gutachtens wurden die Normen für die Belegungsquote rückwirkend vom 1.1.2001 sine die ausgesetzt (K.E. 15.10.01, B.S. 22.11.01).

Für die Anpassung des Haushalts infolge der Nichteinhaltung oder Überschreitung der maximalen Anzahl Hospitalisationstage gelten folgende Regeln für die Untergruppen B1 und B2:

1. Für alle Hospitalisationstage, die im Vergleich zur erlaubten maximalen Anzahl nicht erreicht wurden, wird kein Betrag zugewiesen. In Abweichung hierzu wird
 - 1.1. ein Betrag in Höhe von 100 Prozent der Untergruppen B1 + B2 des Pflgetagesatzes zugewiesen für Brandstationen und anerkannte Palliativpflegedienste;
 - 1.2. in bestimmten Fällen ein Betrag in Höhe von 25 Prozent der Untergruppen B1 + B2 zugewiesen und für die Anwendung der PAA- und NAA-Anzahl gemäß Artikel 46bis errechnet (siehe Kapitel 2.5).
2. Für die Hospitalisationstage, die die Höchstgrenze überschreiten, wird für die Untergruppen B1 + B2 ein Betrag in Höhe von 25 Prozent des Tageswertes dieser Untergruppen zugewiesen und durch Anwendung der PAA-NAA-Gewichtung gemäß Artikel 46bis errechnet (siehe Kapitel 2.5).

Die Frage von Dr. J. Ramboer betrifft vor allem die Finanzierung der oben beschriebenen Untergruppen B1 + B2 des Krankenhausbudgets durch die öffentliche Hand. 1997 betragen die staatlichen Ausgaben für die Posten B1 + B2 122,086 Milliarden BEF (3,026 Milliarden EUR) (siehe Tabelle VI).

2.5. Vergleich zwischen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den Allgemeinkrankenhäusern und der landesweiten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

1991 lag die landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer in respektive 10, 23 und 44 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser in der Spanne - 1 bis + 1%, -2 bis +2% und -5 bis +5% der landesweiten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Ausgehend von diesen Zahlen wurde die landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer als Haushaltseffizienzkriterium angewandt. Man stellte jedoch fest, dass die Haushaltseffizienz hauptsächlich bei Krankenhäusern mit geriatrischen und psychiatrischen Pflegeangeboten negativ ausfiel. Die vergleichende graphische Darstellung der festgestellten durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer und der standardisierten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Krankheit zeigt eine Korrelation von 0,78.

Diese Daten führten zu der Schlussfolgerung, dass etwa 78 Prozent des Unterschieds in der Aufenthaltsdauer auf die Krankheitsstruktur zurückzuführen sind. Aus praktischen Gründen werden die Krankheiten zu Gruppen zusammengefasst: Hierzu werden große Diagnosekategorien oder „major diagnostic categories“ (MDC) aufgestellt.

Innerhalb der MDC-Untergruppen werden die eigentlichen Diagnosegruppen (Kürzel: DRG für „Diagnosis Related Groups“) unterschieden. Als Eckdaten für diese Unterscheidung gelten die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, die chirurgischen Eingriffe, die verwendeten Spezialtechniken, das Alter, das Geschlecht, eventuell das Versterben des Patienten oder die Art der Entlassung gemäß dem „All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.10“. Die häufigsten Krankheiten waren 1995: Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes (MDC 8: 14,8 %), Blutbahnerkrankungen (MDC 5: 17 %), Erkrankungen des Verdauungstraktes (MDC 6: 10,6 %), Schwangerschaften und Entbindungen (MDC 14: 8,5 %) und Erkrankungen des Nervensystems (MDC 1: 7 %). Die interne Pathologie macht etwa 60 Prozent der Krankenhausaufenthalte aus.

Bei gleicher Krankheit sind die nach wie vor bei der Aufenthaltsdauer festgestellten Unterschiede eher auf die Kenndaten der Krankenhauspatienten zurückzuführen.

2.6. Auswirkung der PAA-NAA-Gewichtung auf den Krankhausetat (Art. 46bis)

In Anwendung von Artikel 46bis des Ministerialerlasses vom 2.8.1986² (*) wird ein jährlich zu bestimmender Prozentsatz des Gesamtetats B1 + B2 nicht sofort zugewiesen. Erst wenn die PAA-NAA-Berechnung aller Krankenhäuser vorliegt, wird der den Krankenhäusern endgültig zugewiesene Gesamtetat B1 + B2 veröffentlicht; berücksichtigt wird dabei der Betrag, der ursprünglich zurückgehalten wurde, um die PAA-Krankenhäuser zu entmutigen und die NAA-Krankenhäuser zu ermuntern (siehe Ministerialerlass vom 28.12.1994). Ziel ist, Artikel 46bis allmählich anzuwenden. 1999 betrug der ursprünglich vom Gesamtetat B1 + B2 zurückbehaltene Betrag 1,15 Prozent von 96,4 Milliarden BEF (2,39 Milliarden EUR), also 1,1 Milliarde BEF (270 Millionen EUR). Die 1999 erfolgte Korrektur des Etats B1 + B2 für das Jahr 1998 darf jedoch nicht mehr als 7% des Gesamtbetrags ausmachen, der dem betreffenden Krankenhaus ursprünglich zugewiesen wurde. Nach Eingang des Anpassungsvorschlags kann der Chefarzt des Krankenhauses innerhalb von dreißig Tagen Beschwerde beim Vorsitzenden des MKD-Ausschusses einlegen.

Artikel 46bis des K.E. vom 6.4.1994 will auf diese Weise die Krankenhäuser dazu bringen, die für die Gesundheitsversorgung in den Allgemeinkrankenhäusern verfügbaren Geldmittel gezielter einzusetzen.

KAPITEL III – GEGEN DAS MKD-SYSTEM GEÄUSSERTE BEDENKEN

Bei der Überprüfung, ob das sogenannte MKD-System funktioniert, hat der Beratende Bioethik-Ausschuss (BBA) neben den Vorteilen auch die Beschwerden zur Kenntnis genommen, die gegen das System geäußert werden. Die gesammelten Informationen über die Beschwerden sind nicht das Ergebnis einer systematisch durchgeführten Erhebung: Sie wurden von den

² Dieser Erlass bestimmt die Bedingungen und Regeln für die Festsetzung des Pflegetagesatzes und seiner Komponenten sowie die Regeln für den Kostenvergleich und die Festsetzung der maximalen Anzahl Pflegetage für Krankenhäuser und Krankenhausdienste.

Ausschussmitgliedern bei den organisierten Anhörungen und anlässlich beruflicher Kontakte der Ausschussmitglieder mit Patienten, Pflegedienstleistern und Krankenhausleitern zusammengetragen. Es wurde hauptsächlich auf den herkömmlichen Patienten gehört, der zuerst der Leidtragende ist, wenn etwas schief läuft. Erinnern wir uns an den Spruch, der nach dem Untergang der Titanic entstand: „Die Passagiere auf dem untersten Deck bekommen als Erste nasse Füße.“ Die geäußerten Klagen sind manchmal speziell auf die MKD gemünzt, aber einige gelten der Gesundheitsversorgung insgesamt.

Wir befassen uns nacheinander mit den Beschwerden der Patienten, der Pflegedienstleister und der Krankenhausleitungen.

3.1 Bemerkungen der Patienten

Mehr und Mehr Patienten fragen sich, ob sie nicht – bedingt durch die allgemeine Praxis frühzeitiger Entlassungen nach Krankenhauseinlieferungen – zu früh nach Hause geschickt werden und ob dies nicht auf Kosten der optimalen Qualität der Behandlung geht, weswegen sie ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Ferner geht aus vielen Studien hervor, dass die individuelle Pflege zuhause teurer für den Patienten, aber günstiger für das LIKIV ist. Außerdem ist die häusliche Pflege für Alleinstehende schwieriger zu organisieren. Qualität und Effizienz sind bei häuslicher Pflege also geringer.

Dank des Dekretes der Flämischen Gemeinschaft vom 30.3.1999 können nichtmedizinische Kosten bei häuslicher Pflege über eine der Sozialversicherungskassen erstattet werden, an die jeder Einwohner über 25 Jahre Beiträge zahlen muss. Diese Gesundheitsversicherung ist ein Solidaritätsfonds, der teilweise aufkommt für nichtmedizinische Dienstleistungen und Hilfeleistungen, den Kauf und die Miete von Geräten und die Vergütung der ambulanten Pflegedienste.

Während ihres Krankenhausaufenthalts haben viele Patienten den Eindruck, dass sie wegen des hohen Zeitdrucks zu wenig Gelegenheit haben, ernsthaft über anstehende Entscheidungen nachzudenken. Zeit zum Nachdenken oder die Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen besteht kaum. Unter diesen Umständen ist es praktisch unmöglich, eine Zustimmung nach Inkenntnissetzung zu bekommen, obschon diese entscheidend ist. Dadurch, dass die Kosten, die für einen ethisch verantwortungsbewussten Umgang zwischen Pflegern und Patienten anfallen, nicht berücksichtigt werden – Kosten, die nicht unbegrenzt komprimierbar sind –, kommt es unweigerlich zu einer Verschlechterung der Pflegequalität. Ethisches Handeln erfordert oft zusätzliche Zeit und Kompetenz, sodass zusätzliches Fachpersonal eingestellt werden muss und die Kosten dadurch steigen. Die öffentliche Hand weiß jedoch um die Bedeutung guter Beziehungen zwischen Patienten und Pflegern und fördert diese.

Viele Krankenhauspatienten haben ferner den Eindruck, dass zu wenig Zeit für die Erfassung und Behandlung ihrer Krankheit aufgewendet wird. Auch dem abschließenden Gespräch mit dem Arzt, nach Beendigung der einzelnen Untersuchungen, – ein wichtiger Schritt für ihre Genesung und für die Verarbeitung ihrer Krankheit – wird zu wenig Bedeutung beigemessen. Schließlich fühlen sie sich ungenügend als Mensch behandelt, wenngleich sie die Qualität und die Effektivität der technischen Leistungen schätzen. Technische Leistungen auf humane Weise zu erbringen, verlangt nämlich mehr Zeit!

Wegen des Mangels an informeller Pflege und an professioneller häuslicher Pflege fühlen sich viele Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Stich gelassen, ja sogar ausgeschlossen. Sie werden mutlos und zugleich widerspenstig, weil keine einzige Beschwerde gegen eine frühzeitige Krankenhausentlassung möglich ist. Manch alte oder sehr alte Person fürchtet sogar, angesichts der Diskussionen über das Lebensende, dass sie bis zum Zeitpunkt ihres natürlichen Todes nicht mehr die nötige Pflege und Behandlung bekommen wird.

Patienten fragen sich auch immer mehr, wie es um den Schutz ihrer Privatsphäre bestellt ist, wenn sie erfahren, wie viele Verwaltungsdaten erforderlich sind, um ihre Akte zusammenzustellen. Die steigende Digitalisierung der medizinischen Daten verstärkt die Besorgnis um die Achtung der Vertraulichkeit, mit der persönliche Daten zu behandeln sind.

Schließlich beginnen sich einige Patienten zu fragen – wo die Öffnung der europäischen Grenzen doch kurz bevorsteht –, ob die Wahl des Krankenhauses und der Behandlung künftig nicht eher nach dem Kriterium der Effizienz – also nach überwiegend wirtschaftlichen Gesichtspunkten – getroffen werden wird, was zu einer Kostensenkung für den Staat und die Versicherungsgesellschaften führen würde. Eine zu enge Verbindung zwischen der öffentlichen Hand, den privatrechtlichen Versicherungsgesellschaften, den Krankenkassen und den Krankenhäusern kann in der Tat zu Absprachen führen, deren Beweggründe nicht immer das Wohlbefinden und die Gesundheit der Patienten wären.

3.2. Bemerkungen der Pflegedienstleister

Einige Pflegedienstleister in den Krankenhäusern befürchten, dass durch die zunehmende Übernahme von ökonomischen Grundsätzen und die Häufung von wirtschaftlichen Begriffen in der Medizin der Eindruck entstehen kann, die Medizin sei ein Gewerbe, was im Widerspruch zur „Good clinical practice“ der Europäischen Kommission und zu Artikel 10 des ärztlichen Berufsethos steht. Einige beklagen, dass die MKD-Registrierung bereits zu Konflikten zwischen den behandelnden Ärzten und den Verwaltungsdirektoren im Krankenhaus geführt hat. Die behandelnden Ärzte sind gleichzeitig für die Qualität der Pflege an den Patienten und für die Bereitstellung der notwendigen MKD-Daten verantwortlich. Die Verwaltungsdirektoren der Krankenhäuser hingegen tragen durch ein gutes Finanzgebaren zur Qualität der Gesundheitsversorgung bei. Die rechtzeitige Übermittlung der MKD-Daten, Grundlage des zuzuweisenden Etats für die Patientenversorgung, ist Teil dieses Gebarens. Bei der internen Bestimmung des Verwendungszwecks dieses Etats ist die Versuchung groß, die erhaltenen Geldmittel prioritär für die Dienste auszugeben, die die günstigsten MKD-Daten vorlegen können, und nicht für die Dienste, in denen die Not der Patienten am größten ist.

In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass die bestehende Nomenklatur die einzelnen Pflgetätigkeiten ungerecht vergütet: Bevorteilt werden die technischen Leistungen auf Kosten der intellektuellen Handlungen wie Sprechstunden. Dies führt zur Aufteilung der Spezialitäten in „finanziell rentable und nichtrentable“ Spezialitäten. Durch diese Polarisierung kommt es zu einer Vermischung zwischen den Konzepten Qualität und Effektivität der Patientenpflege und Begriffen wie wirtschaftliche Effizienz und finanzielle Rentabilität. Darüber hinaus ist das, was effizient für die Volksgesundheit ist, nicht unbedingt eine Qualitätsgarantie für den Einzelnen, vor allem dann, wenn finanzielle Rentabilität das einzige Referenzkriterium ist.

Die Pflegedienstleister haben mehr und mehr das Gefühl, dass die Sorge um den Haushalt die individuelle Arzt-Patient-Beziehung trübt, wo doch Artikel 5 des ärztlichen Berufsethos die Ärzte daran erinnert, dass sie alle Patienten mit derselben Sorgfalt behandeln müssen, ungeachtet ihrer Nationalität, ihrer Überzeugung, ihres Rufes und ihrer persönlichen Gefühle ihnen gegenüber. Der Haushaltsdruck bringt Ärzte, Pfleger und Paramediziner in heikle Situationen, die zu Gewissenskonflikten und langfristig zum Burnout führen.

Die Pflicht der Ärzte, zur korrekten Registrierung und Bearbeitung der MKD-Daten beizutragen, damit die Geldmittel der öffentlichen Hand zugunsten der Volksgesundheit optimal verwendet und für die Zukunft gesichert werden können, kann auch mit ihrer Sorge um die finanzielle Situation ihrer Einrichtung in Konflikt geraten. Es ist daher auch nicht verwunderlich festzustellen, dass sich einige dazu verleiten lassen, die Registrierungsdaten nicht korrekt einzugeben, oder dass sie die registrierten MKD-Daten über Hauptdiagnose und Begleiterkrankungen später ändern, sodass die für das Krankenhaus günstigste Situation ausgesucht werden kann. Es sind in der Tat Computerprogramme in Umlauf, mit denen registrierte Daten post factum „optimiert“ werden können, damit so viel Profit wie möglich daraus geschlagen werden kann.

Der ständige Druck auf die Krankenhäuser, die Aufenthaltsdauer mehr und mehr zu kürzen, könnte auch negative Auswirkungen auf ihre Arbeit haben. Die Patientenrotation kann dermaßen hoch sein, dass bestimmte elementare Sicherheitsvorschriften unzureichend eingehalten werden, was zu Hygienemangel in den Räumlichkeiten, erhöhtem Ansteckungsrisiko in den Krankenhauseinrichtungen, schlechtem Unterhalt der Gerätschaften, Einsparungen bei der Fortbildung des Personals usw. führen könnte. Übertriebener Arbeitsdruck, zum Beispiel durch die Verordnung einer Höchstdauer für Sprechstunden seitens der Krankenhausleitung, kann ebenfalls zur Häufung von Burnout-Phänomenen mit ungünstigen Auswirkungen sowohl für die professionellen Pflegedienstleister wie für die Qualität der Patientenpflege führen. Nicht nur die Qualität der geleisteten Pflege, sondern auch die Effizienz der Krankenhausaufenthalte wird auf diese Weise untergraben.

Transparenz des Systems, Rationalisierung und Stabilität der Gesetzgebung sind für das gute Funktionieren eines Bewertungssystems à la MKD unerlässlich. Die ständigen Änderungen bei der Registrierung und Bearbeitung der MKD-Daten, mit unabsehbaren Folgen für die künftige Finanzierung der Krankenhäuser, sind zu wenig transparent, nicht nur für das Verwaltungspersonal, aber besonders für die Ärzte, die spät und sehr ungenau oder überhaupt nicht über die Vorschriftenänderungen und deren Auswirkungen informiert werden. Die verbreiteten Informationen sind außerdem bruchteilhaft, sodass der Arzt nie weiß, ob er wirklich die allerletzte Fassung der Richtlinien erhalten hat. Die ständigen Anpassungen und Änderungen hindern die Krankenhausleitungen auch daran, strategische Entscheidungen langfristig zu treffen.

Viele Ärzte sind der Meinung, dass die Bearbeitung einer ständig steigenden Anzahl persönlicher Gesundheitsdaten und ihre etwaige Koppelung an mehrere Datenbanken die Privatsphäre der Patienten und das Berufsgeheimnis der Ärzte aushöhlen und dem Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft nicht dienlich sind. Die jüngste Initiative einer Reihe privater Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen, die nach der Entlassung des Patienten nicht nur die Kostenaufstellung, sondern auch eine Abschrift der eingesandten MKD-Daten und sogar eine Kopie des Entlassungsschreibens anfordern, ist ein gutes Beispiel hierfür. Die unzureichende Achtung der Privatsphäre ist inakzeptabel und könnte außerdem die Effizienz des Gesundheitssystems untergraben. Sie kann die Patienten veranlassen, von sich aus persönliche

Daten zurückzuhalten, die für den korrekten Umgang mit Diagnosen und die Behandlung ihrer Erkrankungen unerlässlich sind. Die Krankheitsgeschichte eines Patienten ist nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der klinischen Diagnose.

3.3. Bemerkungen der Krankenhausleitungen

Die weiter oben erhobenen Klagen gegen die mangelnde Transparenz des MKD-Systems, die ständigen Änderungen bei der Dateneinsammlung und ihre Auswirkungen auf die Berechnung des Pflegetagesatzes werden von den Verwaltungsdirektoren der Krankenhäuser bestätigt. Sie beklagen ferner die mangelnde Kenntnis des MKD-Systems bei den Krankenhausärzten und die Schwierigkeit, ausreichend Personal für die Dateneinsammlung auszubilden. Andererseits sind sie auch nicht glücklich mit der schleichenden Entwicklung einer Art „Spitzentechnologie“, die darin besteht, die MKD-Registrierung der Hauptdiagnose und der Begleiterkrankungen nicht so sehr von medizinischen Fakten abhängig zu machen, sondern von einer post factum Bastelei, bei der die Daten von der finanziell günstigsten Warte aus eingegeben werden. Die mangelnde Effizienz des Kontrollsystems begünstigt zweifellos diese Situation.

Die Ungewissheit, ob die für den Krankenhausbetrieb bestrittenen Kosten ganz oder teilweise erstattet werden, erhöht das Unbehagen der Krankenhausleitungen, die außerdem mit der späten Erstattung bereits geleisteter Ausgaben zu kämpfen haben. Es darf auch nicht aus den Augen verloren werden, dass die steigenden Personalkosten, die Zunahme und die Ausweitung der Zulassungsnormen, die Einhaltung der ständig steigenden Anzahl Sicherheitsvorschriften und Umweltauflagen, die steigenden Versicherungsprämien und die sich häufenden Schadenersatzfälle, ... es den Krankenhausleitern immer schwerer machen, einen Etat aufzusetzen und das finanzielle Gleichgewicht ihrer Einrichtung zu erhalten. In diesem Kontext finanzieller Unsicherheit kommt es vor – was aber nie gutzuheißen ist –, dass eine Reihe Krankenhausleiter die Ärzte nicht nur dazu ermuntern, sondern praktisch dazu verpflichten, unnötige, teure technische Untersuchungen im Rahmen der klinischen Behandlung durchzuführen.

Die finanzielle Unsicherheit führt schließlich zu unerlaubtem Wettbewerb, sodass die geplante Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Krankenhäusern nicht in Gang kommt oder nicht stattfindet. Eine zunehmende Zusammenarbeit wird künftig noch wichtiger sein, um die teure Apparatur und Ausrüstung effizient auf das Land zu verteilen und sie optimal zu nutzen.

Die MKD-Gesetzgebung kann auch zu einem unhaltbaren Druck auf die Krankenhausträger führen, die dann nicht mehr wissen, ob und in welchem Maße sie die Pflegequalität für die Patienten in ihrer Einrichtung ausbauen sollen oder nicht. Dies führt auch zu verhängnisvollen Situationen für die Patienten, da die Entscheidungen nicht nach den Bedürfnissen der Patienten, sondern nach der Höhe der günstigsten Zuwendung der öffentlichen Hand getroffen werden. Auf diese Weise entsteht oder steigt die Uneinigkeit zwischen den Leitern der Krankenhäuser und den dort arbeitenden Ärzten, Pflegern und Mitarbeitern. Die öffentliche Hand muss begreifen, dass das Problem durch späte oder unsachgemäße Planung und Beschlussfassung letztendlich auf die Bürger, d.h. die Patienten, Gesundheitsdienstleister und Krankenhausleitungen, abgewälzt wird.

KAPITEL IV – ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

4.1. Bestehende ethische Richtlinien über die soziale Rolle der Behörden und Ärzte

Der Staat hat die Pflicht, seine Mittel so effizient wie möglich zu nutzen, indem er nutzlose überflüssige Ausgaben streicht und die freigewordenen Beträge für andere Defizitbereiche verwendet. Die öffentliche Hand hat auch den Auftrag, einen redlichen Teil ihrer Geldmittel für die Gesundheitsversorgung auszugeben, deren Verwendung zu überwachen und dafür zu sorgen, dass alle Bürger denselben Zugang zu den Pflegeleistungen haben. Bestätigt wird dieser Auftrag durch die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948), die Charta von Ottawa (1986) und das Übereinkommen über die Rechte des Menschen und Biomedizin (1996) – das Belgien noch nicht unterzeichnet hat -, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung als Grundrecht jedes einzelnen Menschen beschreiben.

Das letztgenannte Übereinkommen enthält drei Artikel, die für das beantragte Gutachten von Bedeutung sind:

Artikel 2 – Vorrang des Menschen

Das Interesse und das Wohl des Menschen müssen Vorrang haben vor dem bloßen Interesse der Gesellschaft oder der Wissenschaft.

Artikel 3 – Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Parteien treffen unter Berücksichtigung der Gesundheitsbedürfnisse und der verfügbaren Mittel geeignete Maßnahmen, um innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs gleichen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung von angemessener Qualität zu schaffen.

Artikel 4 – Berufspflichten und Verhaltensregeln

Jeder Eingriff in den Gesundheitsbereich, die wissenschaftliche Forschung einbegriffen, muss im Einklang mit den Berufsnormen und Berufspflichten sowie mit den einschlägigen Verhaltensregeln durchgeführt werden.

Auch der vom Nationalen Rat der Ärztekammer verabschiedete ärztliche Berufsethos (1997) weist auf die soziale Rolle des Arztes gegenüber seinen Patienten (Art. 5) und gegenüber der Gesellschaft (Art. 8) hin. Die soziale und ökonomische Verantwortung des Arztes wird in den Artikeln 36, 100 und 101 näher definiert. So verweist Artikel 36 auf die diagnostische und therapeutische Freiheit des Arztes und auf deren Grenzen hin, zum Beispiel das Vermeiden unnötig teurer diagnostischer Mittel und Behandlungen. Artikel 100 bestimmt, dass jeder Arzt, egal in welchem Umfeld er arbeitet, versuchen muss, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Artikel 101 verdeutlicht dies:

„Der Arzt muss seinen persönlichen Beitrag zum gemeinsamen Auftrag der Ärzteschaft leisten, die Volksgesundheit zu verbessern. Unter Achtung der medizinischen Berufsethik und der Rechte

des Einzelnen arbeitet die Ärzteschaft mit an den Formen der Sozialsicherheit, die zum Ziel haben, allen Bürgern die beste Gesundheitspflege zu gewähren.“

4.2. Ethische Bedenken zum MKD-System

In Kapitel I und II wurde dargelegt, dass das MKD-System zur gerechten Verwendung der Geldmittel der gesamten Gesundheitsversorgung und der staatlichen Finanzierung des Betriebs der Allgemeinkrankenhäuser im Besonderen passt. Ein Arzt weiß genauso gut wie ein Soziologe, dass die Gesundheitsversorgung eine technisch derart komplexe Angelegenheit ist, dass sie einerseits nicht mehr individuell bezahlbar ist und andererseits gemeinschaftlich organisiert werden muss, um den Gesundheitszustand sämtlicher Mitglieder der Gesellschaft so weit wie möglich zu erhalten (M. Renaer, S. 21). So wurde der Arztberuf im Laufe des 20. Jahrhunderts in ein größeres Ganzes aufgenommen, die soziale Gesundheitsversorgung, die zum Bestandteil der Sozialsicherheit geworden ist (F. Van Neste).

Im medizinischen Geschehen treten heute drei Interessengruppen auf: die Hilfebedürftigen oder Patienten, die Hilfeleistenden: Ärzte, Pflegepersonal und Krankenhausträger und schließlich die Geldgeber: Krankenkassen, Privatversicherer und die öffentliche Hand. Dieser Umstand hat auch seinen Einfluss auf die Ethik des medizinischen Handelns. So weitete sich die hippokratische Sicht des Patienten während der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts nach und nach vom Standpunkt „beneficere, non nocere“ aus zur Achtung der Autonomie des Patienten und zum Gleichheitsgrundsatz des gleichen Zugangs aller zu einer guten Gesundheitsversorgung. Es war notwendig, das komplizierter gewordene medizinische Handeln mit der steigenden ethischen Komplexität in Einklang zu bringen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich in den kommenden Jahren ein vierter Pool mit zu erwartenden ethischen Auswirkungen, nämlich die pharmazeutische und die medizinische Industrie, zur oben genannten Triade hinzugesellen wird. In den meisten, geläufigen Fällen liegen die medizinisch-ethischen Probleme nach wie vor in der individuellen Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt. Je komplexer das medizinische Handeln aber wird, wird man die medizinische Ethik aus einer breiteren Perspektive unter Einschluss der Gesundheitspolitik und der Finanzierungsproblematik betrachten müssen. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass die Abstimmung der unterschiedlichen Identitäten regelmäßig zu Spannungen führt, bevor eine akzeptable medizinisch-ethische Lösung gefunden wird.

4.2.1. Ethische Bewertung des MKD

Das MKD ist ein Instrument, mit dem die Aufenthaltsdauer pro Krankheitstyp in den einzelnen Einrichtungen verglichen werden kann. Die Registrierung und Verwendung dieser Daten zur Bestimmung des optimalen Krankenhausaufenthalts an sich steht nicht zur Diskussion. Es ist normal, dass der Staat Systeme zur Optimierung der Verwendung seiner Geldmittel einsetzt. Die größte ethische Kritik am MKD-System ist jedoch, dass die optimale Aufenthaltsdauer individuell festgelegt werden muss und dass statistische Angaben nur Aufschluss über eine theoretisch homogene Patientenpopulation geben. Hier wird nur die Entwicklung der Mittelwerte der Aufenthaltsdauer berücksichtigt, nicht aber die Qualität der Pflege und der Genesung. Dadurch führt dieses System – über die finanziellen Bestrafungen und Belohnungen, die an die PAA-NAA-Gewichtung gekoppelt sind – zu einer Teufelsspirale rückgängiger Aufenthaltsdauer, damit am Ende des Geschäftsjahres die bestmögliche PAA-NAA-Gewichtung erreicht wird. Die

Verwaltungsträger begreifen manchmal zu spät, ab welchem Zeitpunkt die Qualität der Pflege gefährdet ist. Der heutige Einsatz des MKD-Systems passt vor allem zur wirtschaftlichen Logik der Rentabilität der Krankenhausmedizin. Die medizinische Ethik muss nicht nur finanzielle Einschränkungen berücksichtigen; sie muss auch alle Bürger und zuständigen Behörden dazu anhalten, sich an den Kosten einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle zu beteiligen. Aus ethischer Sicht dürfen die Patienten mit einer chronischen Krankheit und die sozial und wirtschaftlich Schwachen sicher nicht vergessen werden.

Das derzeitige System bezweckt zweifellos eine Verbesserung des Krankenhausesektors und will künftig die Richtung dabei angeben. Dies tut es durch eine objektive und gerechte Verteilung der Geldmittel innerhalb des Krankenhausesektors. Unausgesprochenes Ziel des Systems ist allerdings auch, die Gesamtanzahl Krankenhausaufenthaltsstage zu begrenzen und so die Krankenhausgesamtkosten zu senken. Grundsätzlich hat der Ausschuss keinerlei Einwände dagegen, insofern die Maßnahmen zur Festlegung der Krankenhausaufenthaltsdauer ein optimaler Kompromiss zwischen den Nöten des Patienten und den dazu erforderlichen Krankenhauskosten sind. Finanzielle und wirtschaftliche Strategien dürfen jedoch niemals so weit gehen, dass sie die gute medizinische Praxis in Gefahr bringen oder dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen wie Senioren, Arbeitslose, nicht geschützte Patienten usw. von der Gesundheitspflege ausgeschlossen würden.

4.4.2. Faktoren mit ethischen Auswirkungen

Damit das MKD brauchbar wird, muss der Haushalt für die Gesundheitsversorgung und dessen Anteil für die Allgemeinkrankenhäuser rechtzeitig festgelegt und veröffentlicht werden.

Anteil des Gesundheitshaushalts am BSP

Es ist Aufgabe des Staates, die Gelder für die verschiedenen Aufgaben, für die er verantwortlich ist, gerecht aufzuteilen. Ethisch betrachtet, haben diese Aufgaben nicht alle dasselbe Gewicht. In dieser Hinsicht verdient der Zugang der schwächsten Bürger zur Gesundheitsversorgung besondere Aufmerksamkeit. Man kann sich zu Recht fragen, ob der für die Gesundheitsversorgung bestimmte BSP-Anteil in einer Zeit steigender therapeutischer Möglichkeiten und steigender Vergreisung der Bevölkerung nicht mit den steigenden Bedürfnissen Schritt halten müsste. Die große Frage der Zukunft lautet, ob das Wohlbefinden der Patienten, die Erfüllung der Pflichten der professionellen Gesundheitsdienstleister und die sachkundige Zuweisung von Mitteln seitens des Staates auf gerechte und solidarische Weise gesichert werden können. Auch der einzelne Bürger muss bereit sein, nach seinen eigenen Möglichkeiten dazu beizutragen.

Häusliche Pflege

Wenngleich der Ausschuss den Wunsch der Behörden, die Krankenhausausgaben zu verringern, verstehen kann, möchte er dennoch betonen, dass dies nicht möglich ist, ohne sich um die ambulante häusliche Pflege zu kümmern. Wenn die Patienten früher aus dem Krankenhausentlassen werden, heißt dies, dass zusätzliche Investitionen erforderlich sind, um die Fortsetzung der Pflege, außerhalb des Krankenhauses und natürlich auch zuhause, zu gewährleisten.

So ist die LIKIV-Erstattung bei Behandlungen, Pflegeleistungen, Arzneimitteln usw. in der Regel günstiger für den Patienten bei einem Krankenhausaufenthalt als bei häuslicher Pflege. Im Jahre 2001 wurden in diesem Zusammenhang schon eine Reihe ermutigender Initiativen ergriffen, z.B. die flämische Gesundheitsversicherung, die früher als geplant am 1.10.2001 (siehe 3.1) starten konnte, und die von Föderalminister Frank Vandenbroucke eingeführte Maximalrechnung für Gesundheitskosten pro Familie im Vergleich zum Familieneinkommen. Immer mehr Gesundheitsausgaben werden jedoch nicht mehr erstattet und kommen auch nicht in den Genuss der Maßnahmen zur Senkung des Eigenanteils der Patienten.

Ausweitung der Nutzung des MKD

Nach den vom Ausschuss für dieses Gutachten eingeholten Informationen soll das MKD-Registrierungssystem zur Grundlage der Finanzierung sämtlicher Krankenhauskosten werden (siehe Kapitel 1.6). Gleichzeitig scheinen die Gemeinschaften die Systemdaten für ihre Krankenhausprogrammplanung nutzen zu wollen. Anscheinend geht es bei dem hier behandelten Problem also um viel mehr als um die Beteiligung an den Funktionskosten B1 + B2 der Allgemeinkrankenhäuser (siehe Kapitel 1.6 und Tabelle VI). Umso dringender ist es, dass die nach dem MKD-System erstellten Analysen die Qualität der geleisteten Pflege und die Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigen, statt rein wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

Kontrolle

Nach Auffassung des Ausschusses ist darauf hinzuweisen, dass schwammige Definitionen und etwaige Missbräuche (siehe Kapitel III) aus dem derzeitigen MKD-System gestrichen werden müssen, besonders deshalb, weil das System verstärkt genutzt werden soll. Auch die erforderlichen Kontrollen müssen ausgebaut und umgesetzt werden, um die Manipulierung der Daten zu verhindern.

Vertraulichkeit

Angesichts der mangelnden Transparenz des MKD-Systems und der häufig geäußerten Besorgnis um die Vertraulichkeit und den Schutz der Privatsphäre im Umgang mit den registrierten Daten ist es unerlässlich, dass Maßnahmen zur Gewährleistung dieser Vertraulichkeit getroffen werden. Sollte sich herausstellen, dass diese Maßnahmen nicht ausreichen, müssen sie dringend verschärft werden. Die Achtung der Privatsphäre des Patienten ist entscheidend und sorgt ferner dafür, dass die Patienten ihr Vertrauen in die Ärzteschaft und in die Gesundheitsdienstleister nicht verlieren.

Prävention

Eine bessere Koordination und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Pflge-trägern, z.B. den Präventivpflegediensten, der Primärversorgung, den regionalen Krankenhäusern, den Universitätskrankenhäusern u.dgl., könnte nicht nur die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung drücken, sondern auch die Qualität der Pflege und den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung verbessern. Der Ausschuss möchte hier nochmals auf die Folgen einer einseitigen Reform der Finanzierung der Krankenhauspflege auf die medizinischen Pflegeleistungen insgesamt aufmerksam machen. Wenn der Zugang zur Krankenhausmedizin erschwert wird, wird der persönliche finanzielle Beitrag der Kranken steigen, was zum Ausschluss eines Teils der Gesellschaft vom Zugang zu bestimmten Pflegeleistungen führen kann. Eine frühzeitige Entlassung der Patienten ist nur zumutbar, wenn es zu einer

besseren Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Primärversorgern und zu einer Aufwertung dieser Zusammenarbeit kommt.

Bei der Festlegung der optimalen individuellen Krankenhausaufenthaltsdauer muss neben der Erkrankung des Patienten auch dessen soziale und wirtschaftliche Lage berücksichtigt werden.

Grenzüberschreitende Solidarität

Es ist bestimmt nicht fehl am Platze, darauf hinzuweisen, dass die wirtschaftlich wohlhabenden Länder auch die ethische Pflicht haben, über ihren Beitrag zur Entwicklungshilfe zu helfen, die Nöten der Gesundheitsversorgung in weniger betuchten Regionen der Welt zu lindern. Dies ist ein Grund mehr, warum jeder, vom Patienten bis zum Gesundheitsberufler, sparsam mit den verfügbaren Mitteln umgehen sollte.

KAPITEL V – SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Nach der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte hat jeder Mensch Anspruch auf eine Lebenshaltung, die ausreicht, um seine Gesundheit zu gewährleisten, auch was die medizinische Pflege und die erforderlichen Leistungen der sozialen Fürsorge angeht (Art. 25). Ferner hat jeder Einzelne Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft, in deren Schoß er sich entfalten kann (Art. 29).

Die Behörden haben die Pflicht, die nötigen Mittel für die Gesundheitsversorgung bereitzustellen, sodass jeder Bürger Zugang zu der Pflege hat, die er braucht. Belgien ist stolz darauf, dass das Land seit mehr als 50 Jahren über ein Sozialversicherungssystem verfügt, mit dem dieses Ziel erreicht werden kann. Die Kosten steigen jedoch unaufhaltsam, während die Bevölkerung davor zurückschreckt, ihren Beitrag – durch Steuererhöhungen – zu erhöhen. Diese Situation herrscht heute in sämtlichen Industrieländern. Alle haben deshalb unterschiedliche Rationalisierungs- und Einsparsysteme eingeführt, um die Kosten der Gesundheitsversorgung auf ein für die Bevölkerung akzeptables Niveau zu begrenzen.

Die Minimalen Klinischen Daten (MKD) sind Teil dieser Strategie, neben anderen Initiativen wie den Minimalen Pflegedaten (MPD), den Minimalen Finanzdaten (MFD), den Arztprofilen, Pharmanet, den Lokalen Konzertierungskreisen (LOK) usw.

Hauptziel des MKD-Systems ist, die Schwerfälligkeit der Krankenhauspflege und die Art und Weise, wie diese Pflege geleistet wird, zu bewerten und folglich die Finanzierung auf den Bedarf abzustimmen. Grundsätzlich spricht nichts gegen diese Strategie. Da der Staat die Mittel beschafft, kann man es ihm nicht verdenken, dass er prüft, wie diese genutzt werden. Die Art und Weise, wie die Daten zusammengetragen werden und die Ergebnisse ausgelegt werden, und die sich daraus ergebenden Folgen werfen hingegen ethische Bemerkungen und Fragen auf.

Die größte ethische Kritik am MKD-System ist, dass das heutige System - über die finanziellen Bestrafungen und Belohnungen, die an die PAA-NAA-Gewichtung gekoppelt sind - die Finanzmanager der Krankenhäuser dazu veranlasst, die Krankenhausaufenthaltsdauer so kurz wie

möglich zu halten, unabhängig von der Entwicklung des Gesundheitszustands des Patienten, um sicherzustellen, dass die Erstattung des LIKIV möglichst günstig ausfällt. Andererseits können die Pflegedienstleister die Krankenhausaufenthaltsdauer, falls medizinisch angezeigt, nicht individuell verlängern, ohne dem Krankenhaus, in dem sie arbeiten, finanziell zu schaden.

5.1. Der Ausschuss ist der Auffassung, dass die Gesundheitsversorgung ein Ganzes bildet. Eine Maßnahme auf einer bestimmten Stufe des Gesundheitssystems, z.B. die Verringerung der erlaubten Aufenthaltstage, führt unweigerlich zur Überbelastung der häuslichen Pflege, nicht nur durch den erschwerten Zugang zur Krankenhauspflege, sondern auch durch die vorgezogene Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus, die dann zuhause Pflege auf einem höheren Niveau brauchen. Andererseits steigt die Arbeitsbelastung im Krankenhaus durch den Anstieg des Krankheitsgrades der dort verbleibenden Kranken. Die Folgen der zunehmenden Arbeitsbelastung des Personals durch Verschiebung oder Erhöhung des Arbeitspensums dürfen bei der Einführung einer neuen Gesundheitspolitik nicht übersehen werden.

Unser Land ist wegen seiner föderalen und regionalen Strukturen besonders anfällig für das Verschieben von Verantwortlichkeiten. So haben wir aus der jüngsten Einführung der Hepatitis B-Impfung gelernt, dass mindestens fünf Minister dazu einen einhelligen Beschluss fassen mussten. Permanenter Dialog zwischen den auf föderaler und gemeinschaftspolitischer Ebene zuständigen Ministerien ist ein Muss.

5.2. Das **derzeitige MKD-System** orientiert sich an der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Pathologie. Dieser **rein statistische Referenzwert** berücksichtigt in keiner Weise die Qualität des erzielten Ergebnisses, sprich den Gesundheitszustand des Einzelnen und der Bevölkerung insgesamt. Ferner wird mit dem heutigen System weder die Zufriedenheit des Patienten noch die des Pflegepersonals berücksichtigt.

Das MKD ist ein Instrument, mit dem die Aufenthaltsdauer pro Krankheitstyp in den einzelnen Einrichtungen verglichen werden kann. Die Registrierung und Verwendung dieser Daten zur Bestimmung des optimalen Krankenhausaufenthalts an sich steht nicht zur Diskussion. Es ist normal, dass der Staat Systeme zur Optimierung der Verwendung seiner Geldmittel einsetzt. Die größte ethische Kritik am MKD-System ist jedoch, dass die optimale Aufenthaltsdauer individuell festgelegt werden muss und dass statistische Angaben nur Aufschluss über eine theoretisch homogene Patientenpopulation geben. Hier wird nur die Entwicklung der Mittelwerte der Aufenthaltsdauer berücksichtigt, nicht aber die Qualität der Pflege und der Genesung. Dadurch führt dieses System – über die finanziellen Bestrafungen und Belohnungen, die an die PAA-NAA-Gewichtung gekoppelt sind – zu einer Teufelsspirale rückgängiger Aufenthaltsdauer, damit am Ende des Geschäftsjahres die bestmögliche PAA-NAA-Gewichtung erreicht wird. Die Verwaltungsträger begreifen manchmal zu spät, ab welchem Zeitpunkt die Qualität der Pflege gefährdet ist.

Der Ausschuss ist der Ansicht, dass der rein statistische Ansatz bei der Festlegung der Dauer des Krankenhausaufenthalts durch eine wissenschaftliche Bewertung des Krankheitsverlaufs ergänzt werden müsste. Die Entwicklung und Finanzierung einer von der Lobbyarbeit der Medizinindustrie befreiten, evidenzbasierten Medizin (evidence based medicine) müsste die zur Erstellung von Richtlinien für den Krankenhausaufenthalt erforderlichen Informationen liefern können – Richtlinien, die sowohl die Kosten als die quantitativen und qualitativen Verbesserungen der

Gesundheit berücksichtigen. Diese Bewertung darf sich nicht auf Einzelfälle beschränken: Sie muss auch die Erwartungen der Gesellschaft insgesamt berücksichtigen.

Der Ausschuss sorgt sich vor allem um die Betreuung des einzelnen Patienten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus. Da die Patienten das Krankenhaus früher verlassen und die Krankenhauskosten dadurch sinken, müssten die Behörden dafür sorgen, dass die Gesundheitsversorgung zuhause ausgeweitet wird. Mehr Betten in den Alten- und Pflegeheimen, mehr Möglichkeiten für Kurzaufenthalte, Nachtaufnahmen oder Tagesaufenthalte – je nach Bedarf – sind eine absolute Notwendigkeit. Es liegt auf der Hand, dass zusätzliche Investitionen in diese Strukturen notwendig sind, um Neubauten und Umbauten zu ermöglichen. Nur auf diese Weise werden Krankenhausaufenthalte sinnvoll bleiben, die Rehabilitation der Patienten beschleunigen und ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft fördern. Die Ausarbeitung verschiedener Normen für die häusliche Pflege und die Unterstützung der pflegenden Familienangehörigen gehören ebenfalls zu den Prioritäten. Hausärzte und Pfleger werden besser im Umgang mit neuen Techniken und Pflegeplänen geschult werden müssen – die bis dato nur im Krankenhaus verwendet werden – und diese auf die häusliche Pflege abstimmen. Was heute zur Krankenhausroutine gehört, funktioniert noch lange nicht von selbst beim Patienten zuhause. Vorzusehen ist auch, dass der Patient bei vorgezogener Entlassung – eventuell in Begleitung des Hausarztes und des Hauspflegers – weiter vom Krankenhausarzt betreut werden muss, um sicherzustellen, dass die Krankheit normal verläuft. Wenn ein Krankenwagen für die Beförderung des Kranken von seinem Wohnort zum Krankenhaus erforderlich ist, überschreitet der Patient nach einigen Fahrten schnell die Höchstgrenze der erlaubten Kostenerstattung, was für ihn eine zusätzliche finanzielle Belastung darstellt.

5.3. Der Druck auf die Ärzteschaft und auf das Krankenhauspersonal insgesamt, die Aufenthaltsdauer zu kürzen, kann zu einem ethischen Konflikt führen, wie Dr. Ramboer ihn in seinem Brief beschreibt. Unter dem schuldzuweisenden Druck der Behörden und manchmal auch der Krankenhausmanager könnte der Krankenhausarzt dazu verleitet oder gar ermuntert werden, die Krankenhausaufenthaltsdauer von wirtschaftlichen und statistischen Zwängen, statt von den eigentlichen Bedürfnissen des Patienten abhängig zu machen.

5.4. Beim Zusammentragen der Daten, insbesondere beim Einsatz von IT-Technik, muss die Anonymität des Patienten bedingungslos gewahrt werden. Diese Pflicht gilt sowohl im Krankenhaus beim Einsammeln der Daten als bei deren späterer Bearbeitung außerhalb des Krankenhauses. Die Verbindung persönlicher Daten über Diagnosen und durchgeführte Behandlungen mit anderen Datensystemen muss auf das strikte Minimum beschränkt und einem vorgegebenen Verfahren mit hoher Sicherheitsstufe, das auch im Einklang mit Artikel 458 des Strafgesetzbuches über das Berufsgeheimnis, mit dem Gesetz zum Schutz der Privatsphäre (vom 8.12.1992) und mit der in der Vorbereitung befindlichen Gesetzgebung über Patientenrechte ist, unterworfen werden. Der Gesetzgeber sollte sich auch vor der wachsenden und unnötigen Aushöhlung des Berufsgeheimnisses der Ärzte, der unerlässlichen Voraussetzung für den Erhalt des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten, hüten. Auch die zunehmende Koppelung anderer Datenbanken an das MKD-System sorgt für anhaltende Unruhe sowohl bei den Patienten als bei den Ärzten: Die einen fürchten um ihre Privatsphäre, die anderen um ihr Berufsgeheimnis, beides wesentliche Bestandteile der therapeutischen Beziehung.

5.5. Es ist inakzeptabel, dass gewollte oder ungewollte Versäumnisse oder Manipulationen mit dem Ziel, die Richtlinien zu umgehen oder mehr als die erlaubten Vorteile herauszuholen, die finanziellen Einnahmen der Krankenhäuser oder die Krankenhauspolitik insgesamt beeinflussen. Ein klares, effizientes Kontrollsystem mit eindeutigen Sanktionen bei Übertretungen muss ausgearbeitet werden. Allerdings kann keine Kontrolle oder Sanktion die wahre ethische und deontologische Einstellung der Betroffenen, d.h. der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und des Krankenhausverwaltungspersonals, ersetzen.

5.6. Die Dateneinsammlung und deren Bearbeitung im MKD-System müssen deutlicher werden. Dass der Umgang mit den Gesundheitsdaten nicht so einfach ist, kann aus der Notwendigkeit abgeleitet werden, den Ministerialerlass zur Erstellung der Kriterien für die Zulassung von Fachärzten zum Umgang mit Gesundheitsdaten (M.E. 15.10.2001, B.S. 13.12.2001) zu verabschieden. Die Richtlinien müssten transparenter sein und rechtzeitig mitgeteilt werden, auf keinen Fall aber a posteriori. So wurde kürzlich mitgeteilt, dass die Normen für die Belegungsquote (siehe 2.3) mit rückwirkender Kraft zum 1.1.2000 sine die ausgesetzt werden (K.E. 15.10.2001, B.S. 22.11.2001). Die Zeitspanne zwischen der Zusammentragung der Daten und der endgültigen Haushaltsabrechnung müsste verkürzt werden: Dadurch würde die Zinslast auf die von den Krankenhäusern geliehenen Kapitalbeträge sinken. All diese Anpassungen können die finanzielle Unsicherheit, die Spannungen zwischen dem leitenden Verwaltungspersonal, der Ärzteschaft und der Pflegeleitung nähren, mildern. Wie in Kapitel III festgestellt, kann das derzeitige MKD-System nicht zufriedenstellend funktionieren ohne zusätzliche Betreuung und Kontrolle und ohne Sanktionen, falls nötig.

5.7. Das MKD-System wurde zu einem Zeitpunkt eingeführt, wo man allgemein der Überzeugung war, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Allgemeinkrankenhäusern übertrieben lang war. Heute ist die **Aufenthaltsdauer derart gesunken, dass ein kritischer Zustand erreicht ist**. Eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer kann die Gesundheit einer steigenden Anzahl Menschen, vor allem Menschen mit knappem Einkommen und Langzeitkranken, die Spezialbehandlungen brauchen, gefährden. In Abwartung anderer Maßnahmen muss die derzeit grundsätzlich festgelegte durchschnittliche Aufenthaltsdauer vorübergehend eingefroren werden. Die so eingesparte Zeit und Energie muss für eine multidisziplinäre, globale Bewertung der Wirkung des heutigen MKD-Systems auf die Gesundheit der Bevölkerung und bestimmter Gruppen von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen genutzt werden.

5.8. Schließlich müsste der angehende Arzt bereits während seiner Ausbildung zum Arzt über die Selbstkosten seiner diagnostischen und therapeutischen Vorschläge für den Patienten und für die Gesellschaft auf dem Laufenden gebracht werden. Dem angehenden Arzt müsste auch beigebracht werden, wie er trotz Sparhaushalt optimal diagnostizieren und therapieren kann. Vielleicht könnte dieser Vorschlag umgesetzt werden, wenn den Verantwortlichen für die klinische Ausbildung ein Facharzt im Umgang mit Gesundheitsdaten hinzugefügt würde.

Verwendete Abkürzungen

MKD	Minimale klinische Daten
MPD	Minimale Pflegedaten
NAA	Anzahl negative Aufenthaltstage
NGL	Landesweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer
PAA	Positive Anzahl Aufenthaltstage
DJN	Différence négative de journées d'hospitalisation
DJP	Différence positive de journées d'hospitalisation
DMN	Durée de séjour moyenne Nationale
RCM	Résumé clinique minimum
RIM	Résumé infirmier minimum
DRG	Diagnosis related groups
MDC	Major diagnostic category

Literaturverzeichnis

- 1 BELLAMY C., "The state of the world's children", Unicef, New York, 1999
- 2 "Compendium gezondheidsstatistiek 2001", Belgisch Instituut Gezondheidseconomie (BIGE), Brussel, 2001, 1-141
- 3 BINDMAN AB, "Managed Care", Stein J.H. Internal Medicine, St. Louis: Mosby, 1998, 29-34
- 4 "Vademecum begroting van de sociale zekerheid", Begrotingscontrole 1999, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Koninkrijk België
- 5 CORENS D., BEECKMANS J., VAN OYEN H., DECOSTER C., "Health care in Belgium", Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment, Brussels 2001
- 6 DERCQ J-P., SOMERS A., SMETS D., DESANTOINE D., VAN LOO G., "Les coûts en soins de santé à la fin de la vie", Revue Belge de Sécurité sociale, 1998, 303-315
- 7 DOUBILET P., WEINSTEIN M., McNEIL B.J., "Use and misuse of the term "cost effective" in medicine", N. Engl. J. Med., 1986, 314, 253-256
- 8 « La mesure de la production hospitalière », Les Cahiers de la M.M.I.S.S. (Actes du colloque des 25 et 26 mars 1998), Ecole de Commerce Solvay / Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, 1998
- 9 "Care of patients and subterfuge, in equal parts", Editorial, Lancet, 1999, 354:1743
- 10 ERDMANN Y., WILSON R., "Managed care: a view from Europe", Ann. Rev. Public Health, 2001, 22, 273-291
- 11 GILLET P., FECHER F., "Evaluation du système de financement des journées hospitalières en fonction des pathologies", Bulletin des résumés d'informations hospitalières, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1999, N° 16:3-7
- 12 "Financiering van de ziekenhuizen 1999. Gezondheidszorg 1999", Kluwer Editorial, 16:6/10-6/31

- 13 "Financiering van de ziekenhuizen in 2001. Gezondheidszorg 2001", Kluwer documenta, 18(7): 1-15
- 14 LABART N., MERTENS I., « Analyse comparative des Résumés Cliniques Minimum de 1993 à 1995 », Bulletin des résumés d'informations hospitalières, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 1999, n°16:17-23
- 15 MELTZER M.I., « Introduction to health economics for physicians, Lancet, 2001, 358: 993-998
- 16 MOENS M., « Financement des hôpitaux », Le médecin spécialiste, 2000, N°1 :12-13
- 17 NYS H., "Van ethiek naar recht", Antwerpen, Maklu, 1995
- 18 NYS H., "De Rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen", Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2001
- 19 OFFNER E., ZACKER HB., "Managed care", Dershewutz RA. Ambulatory pediatric care, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1999, 22-28
- 20 « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 », Organisation Mondiale de la Santé
- 21 PEERS J., GILLET P., HERMESSE J., POLUS C., "Les Soins de Santé en Belgique", Bruxelles, Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 1999, 1-227
- 22 RENAER M.J., "Kritische beschouwingen over geneeskunde en gezondheidszorg", Leuven, Universitaire Pers, 2000
- 23 RICHARDS, T., "Medecine in Europe", British Medical Journal, London, 1992
- 24 TASIAUX M., GOBEAUX M., LABART N., "Fixation des sous-parties B1 et B2 au 1er janvier 1997 dans les hôpitaux aigus", Bulletin des résumés d'informations hospitalières, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Bruxelles, 1999, N° 16: 8-16
- 25 "Global aging into the 21th century", US Census Bureau, Washington DC, National Institute of aging., 1996
- 26 VAN NESTE F., "Levensende en rantsoenering van medische zorg", Acta Med. Cathol. 2001, 70 (2): 79-88

TABELLE I

PRO-KOPF-BETRAG FÜR GESUNDHEITSAUSGABEN 1997 (in US Dollar)

(Erdmann Y., Wilson R. 2001)

Belgien	1.918		
Kanada	1.783	Niederlande	2.041
Dänemark	2.574	Norwegen	2.283
Deutschland	2.713	Österreich	2.277
Estland	204	Portugal	845
Finnland	1.789	Spanien	1.071
Frankreich	2.369	Vereinigtes Königreich	1.303
Griechenland	905	U.S.A.	4.187
Italien	1.855	Schweden	2.456
Lettland	140	Schweiz	3.564
Litauen	167		

Europäische Union (Durchschnitt 1996): 1.562 US\$

TABELLE II

**PROZENTUALER ANTEIL DER HAUPTGESUNDHEITSBEREICHE AN DEN
GESUNDHEITSGESAMTKOSTEN 1994**

(Erdmann Y., Wilson R. 2001)

LAND	NURSING	ZÄHNE	MEDIKAMENTE	AMBULANTE PFL	KRANKENAUS- AUFENTHALT
Belgien	10.4	7.7	15.4	16.3	37.3
Kanada	11.9	5.8	14.0	9.8	47.3
Dänemark	18.0	5.0	9.2	8.2	49.7
Deutschland	10.4	10.4	14.6	14.8	35.8
Frankreich	5.3	6.0	16.8	15.0	45.1
Griechenland	3.0	6.2	21.3	18.1	41.3
Italien	7.3	4.8	17.8	18.5	43.5
Niederlande	13.9	4.6	11.2	9.6	44.2
Österreich	14.0	8.4	7.8	16.6	48.0
Portugal	6.0	6.2	20.5	21.3	33.1
Spanien	7.1	8.0	19.7	17.3	42.4
Vereinigtes Königreich	17.2	4.0	12.7	12.2	41.0
U.S.A.	11.5	5.6	7.7	22.2	39.4
Schweden	16.5	9.0	9.7	11.7	39.6
Schweiz	8.1	8.3	10.2	15.5	52.2
Europäische Unio	9.8	6.8	15.6	15.4	41.0

* Durchschnittszahlen

Die Gesamtbeträge liegen durch den Wegfall kleinerer Kostenpunkte unter 100 Prozent.

Nursing = „community nursing“ und „Langzeitpflege“

TABELLE III

GESAMTKAPAZITÄT UND AKTIVITÄT DES KRANKENHAUSES

Land	Betten pro 1000 Einwohner		Belegung %		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	
	1985	1996	1985	1996	1985	1996
Belgien	16.9	7.2	85.2	83.0	16.9	11.3
Frankreich	15.5	8.7	81.2	81.1	15.5	11.2
Niederlande	34.3	11.2	90.2	88.7	34.3	32.5
Deutschland	18.0	9.6	85.8	80.9	18.0	13.6
Ver. Königreich	15.8	4.5	80.8	81.0	15.8	9.8
Italien	12.2	6.6	67.8	73.4	12.2	9.4
Spanien	13.4	3.9	75.2	79.9	13.4	10.0
Österreich	14.1	9.2	82.1	78.8	14.1	10.5
Finnland	19.9	9.2	85.3	-	19.9	11.6
Schweden	21.3	4.4	85.8	81.9	21.3	7.5

BIGE Compendium (2001) S. 96

TABELLE IV

GESUNDHEITSINDIKATOREN

LAND	Lebens-erwar 1998 (Jahre) *		Sterblichkeit unter 5 Jahren (0/00) **	Kindersterblichkeit (0/00) ***	Bevölkerung über 60 J. (%)****
	F	M			
Belgien	81,1	74,8	6	5,8	16,1
Frankreich	82,2	74,6	5	4,8	15,6
Niederlande	80,7	75,2	5	5,2	13,3
Deutschland	80,5	74,5	5	4,7	15,4
Ver. Königreich	79,7	74,8	6	5,7	15,8
Italien	81,6	75,3	6	5,5	16,8
Spanien	82,2	74,8	6	5,7	15,7
Österreich	80,9	74,7	5	4,9	14,5
Finnland	80,8	73,5	5	4,2	14,4
Schweden	81,9	79,9	4	3,5	17,0

* Lebenserwartung (in Jahren) bei der Geburt, 1998 (UNICEF 2000)

** Sterblichkeit unter 5 Jahren (0/00): Wahrscheinlichkeit, zwischen der Geburt und dem 5. Lebensjahr zu sterben pro 1000 lebend geborene Kinder (UNICEF 2000)

*** Kindersterblichkeit (0/00): Anzahl im ersten Lebensjahr verstorbener Kinder pro 1000 1998 lebend geborener Kinder (Gezondheidszorg in België, 2001)

**** Altersgruppe der Senioren über 60 im Jahre 1999 (GE 2001)

TABELLE V
GESUNDHEITSAUSGABEN UND AKTIVITÄTEN DER
ALLGEMEINKRANKENHÄUSER 1985 UND 1996

	<u>1985</u>	<u>1996</u>
Bruttosozialprodukt (Milliarden BEF/EUR))	5148,2-/127,6	8305,1-205,8
Gesundheitsausgaben (*)		
Insgesamt (% BSP)	7,4	8,6
Staatliche Zuwendungen (% BSP)	6,1	7,6
Gesundheitsausgaben insgesamt (Mrd. BEF/EUR)	352,6-/8,7	714,3-/17,7
Staatsausgaben (Milliarden BEF/EUR)	288,3-/ 7,1	634,5-/15,7
Staatliche Gesundheitsversorgung		
Insgesamt (Milliarden BEF/EUR)	228,1-/5,65	485,1-/12,02
Hospitalisation + Ambulante Pflege		
(Milliarden BEF/EUR)	197,1-/4,88	407,1-/10,09
Medikamente (Mrd. BEF/EUR)	31 -/0,76	77,1-/1,91
Aktivitäten der Allgemeinkrankenhäuser (**)		
Anzahl Betten	68.792	57.683
Anzahl Krankenhauspatienten	1.591.000	1.922.000
Anzahl Krankenhausaufenthaltstage (***)	20.494.000	16.998.000
Belegungsquote (%)	82	81
Krankenhausaufenthaltstage pro Patient	13	9
Anzahl Allgemeinkrankenhäuser	375	177
Einwohnerzahl	9.859.000	10.143.000

BSP: Bruttosozialprodukt: Mehrwert aller im Laufe eines bestimmten Kalenderjahres von einem Land produzierten Güter und Dienstleistungen

Krankenhausaufenthaltstag: mindestens ein Tag Aufenthalt im Krankenhaus.

* BIGE Compendium 2001, S. 106 und S. 107

** BIGE Compendium 2001, S. 84 und S. 94

*** BIGE Compendium 2001, S. 93

TABELLE VI

PROZENTUALER ANTEIL DER EINZELNEN KOSTENPUNKTE DER ALLGEMEINKRANKENHÄUSER 1997

TEIL A. INVESTITIONEN	(%)	
A1. Investitionslasten	6,42	
A2. Kurzfristige Kredite	1,38	
A3. Nichtindexierte allgemeine Aufwendungen	0,04	
A4. Investitionen in schwere medizintechnische Ausrüstung	0,36	
Teil B. FUNKTIONSKOSTEN		
B1. Gemeinschaftliche Aufenthaltskosten	30,00	
B2. Klinische Dienste	55,09	
B3. Medizintechnische Dienste	0,61	
B4. Erstattung 25% der Bettenschließung	5,57	
B5. Apotheke	2,15	
B6. Sozialtarifabkommen	1,67	
TEIL C. VERSCHIEDENES		
C1. Erwerbskosten für Neubau	0,80	
C2. Nachholbeträge	minus 1,33	
C3. Abzug der kassierten Zuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer	minus 2,73	
TOTAL (Gesamtetat: 143.631,3 Millionen BEF/ 3.560,5 Millionen EUR)	100,00	

CM-Information 183 - Juni/Juli 1998

TABELLE VII

EINNAHMEQUELLEN SÄMTLICHER KRANKENHÄUSER 1997, in Millionen BEF/EUR

(CM-Information 183 - Juni/Juli 1998)

1. KRANKENHAUSPATIENTEN	
1.1. Budget Pfllegetagesatz (RIM)	37.750 -/ 935,79
1.2. Budget Pfllegetagesatz (LIKIV) (wovon AKH 84.370 Millionen)	103.979 -/ 2.577,57
1.3. Medikamente	14.127 -/ 350,19
1.4. Arzthonorare **	56.907 -/ 1.410,68
1.5. Verschiedenes	6.244 -/ 154,78
2. AMBULANTE KRANKENHAUSPATIENTEN	
2.1. Tagesklinik	4.259 -/ 105,57
2.2. Dialyse: Pfllegetagesatz und Honorare	6.846 -/ 169,7
2.3. Leistungen (Zahlen von 1995)	37.010 -/ 917,45
2.4. Medikamente	4.550 -/ 112,79
3. BRUCHTEIL ZU LASTEN VON KRANKENHAUSPATIENTEN	
3.1. Eigenbeteiligung	10.630 -/ 263,5*
3.2. Nichterstattete Medikamente	1.775 -/ 44*
3.3. Honorarzuschläge	3.235 -/ 80,19*
3.4. Zimmerzuschläge	3.277 -/ 81,23*
3.5. Sonstige Zuschläge	2.725 -/ 67,55*

* Schätzung 1995

** Arzthonorare 56.907 Millionen BEF (1.410,687 Millionen EUR), wovon klinische Biologie: 12.104 Millionen BEF (300,05 Millionen EUR); medizinische Bildgebung: 9.218 Millionen BEF (228,5 Millionen EUR); Chirurgie: 16.117 Millionen BEF (399,52 Millionen EUR); Gynäkologie : 1.472 Millionen BEF (36,89 Millionen EUR) und Sonderleistungen: 12.089 Millionen BEF (299,67 Millionen EUR).

Das Gutachten ist im verkleinerten Ausschuss 98/5 in folgender Besetzung vorbereitet worden:

Co-Vorsitzende	Co-Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
E. Eggermont	E. Eggermont	N. Becker	A. Van Orshoven
G. Rorive		J.P. Cobbaut	
		A. De Leenheer	
		P.-Y. Duchesne	
		L. Michel	
		R. Rega	
		G. Verdonk	
		E. Deloof	

Mitglied des Sekretariats

M. Bosson (1-3)/B. Orban (4-13)

Angehörte außenstehende Experten

Dr E. Gillet, C.H.U. Sart Tilman, Lüttich

Dr. P. Heirman, Arzt-Analytiker, Virga Jesseziekenhuis

Dr. I. Mertens, Arzt-Analytiker, Ministerium für Soziales, Volksgesundheit und Umwelt, Direktion Gesundheitsversorgung

Dr. J. Ramboer, Vorsitzender des Ethikrates am Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, Geraardsbergen

A. Simoens-Desmet, Beraterin, Ministerium für Soziales, Volksgesundheit und Umwelt, Direktion Gesundheitsversorgung

M. Tasiaux, Berater, Ministerium für Soziales, Volksgesundheit und Umwelt, Direktion Gesundheitsversorgung, Abteilung Buchhaltung und Krankenhausverwaltung

Dr. J. Van Heuverswijn, Flämische Gemeinschaft, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 98/5 - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder und Experten, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als Anlagen 98/5 im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können

Anhang zum Gutachten Nr. 15 vom 18. Februar 2002 über die „MKD“

Die Erstattung der Eigenbeteiligung, die einen gewissen Betrag überschreitet, und die vom LIKIV nicht anerkannten Kosten und Dienstleistungen werden nicht in Betracht gezogen (13.01.2002).

1. Sozialfreibetrag

wird (1) Personen einer ganz bestimmten sozialen Kategorie, die Anrecht auf eine höhere Beihilfe haben, und (2) Langzeitarbeitslosen zuerkannt.

2. Steuerfreibetrag

wird Personen mit normalem Einkommen, aber mit insgesamt hohen Eigenbeteiligungen zuerkannt. Die Erstattung erfolgt erst nach zwei Jahren über die Steuern.

3. Maximalrechnung für Gesundheitskosten (MAR)

Kennzeichnend für die MAR, die schrittweise eingeführt werden wird, sind die einkommensgebundenen Eigenbeteiligungshöchstsätze. Das Einkommen wird nach dem steuerpflichtigen Nettojahreseinkommen der FAKTISCHEN Familie errechnet.

Steuerpflichtiges Nettoeinkommen	Familieneinkommen	Eigenbeteiligungshöchstsatz
	13.400,00 EUR	450,00 EUR
13.400,01 à	20.600,00 EUR	650,00 EUR
20.600,01 à	27.800,00 EUR	1.000,00 EUR
27.800,01 à	34.700,00 EUR	1.400,00 EUR
34.700,01 à	49.600,00 EUR	1.700,00 EUR
	ab 49.600,01	2.500,00 EUR

4. Begrenzung der Kosten für Kinder bis zum Abschluss des 15. Lebensjahres unabhängig vom Einkommen der Eltern: Die erforderliche medizinische Versorgung eines Kindes darf niemals mehr als 650 EUR Zusatzkosten betragen. Es handelt sich um medizinische Kosten, für die eine Eigenbeteiligung anfällt: Medikamente Kategorie A und B, Eigenbeteiligung bei ärztlichen und paramedizinischen Leistungen und Krankenhauskosten.

Die Eigenbeteiligung wird automatisch über die Krankenkasse erstattet. Die Vorteile der Maximalrechnung gelten vorläufig nur die niedrigen (*) und bescheidenen (**) Einkommen.