

Das „bürokratische Monster“

Die Liste seiner Kritiker ist lang: Der Sachverständigenrat für Wirtschaft nannte ihn „Missgeburt“, der Wirtschaftsexperte Bert Rürup sah im Fonds schon 2006 eine „deutliche Verschlechterung zum Status quo“, der Gesundheitsökonom Prof. Wasem fand ohne die Einbeziehung der Privatversicherten und privater Einkünfte den Fonds „verzichtbar“, der DGB-Chef Michael Sommer fürchtet, dass durch mögliche Zusatzbeiträge im Zuge des Fonds vor allem die Geringverdiener belastet würden und nennt den Fonds selbst eine „bürokratische Missgeburt“ und der Vorsitzende der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der Union, Josef Schlarmann, nennt den Fonds ein „bürokratisches Monster“ und fordert: „Wer den Weg in die Staatsmedizin stoppen will, muss endgültig auf den Fonds verzichten“.

Warum ruft ein finanzpolitisches Instrument, vorgesehen für die gesetzliche Krankenversicherung, diese Reaktionen hervor? Es ist vermutlich die Frage nach dem Sinn – die Unverständnis über das paradoxe Vorhaben, ein komplettes System umzuwälzen, ohne dass die eigentlichen Probleme durch dieses Vorhaben überhaupt berührt – geschweige denn gelöst werden. Nach wie vor problematisch ist zum Beispiel der Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln und in anderen Leistungsbereichen der GKV, dem mit der Vergütungsreform der Ärzte, die ebenfalls ab 2009 wirksam wird, ein weiterer Ausgabenzuwachs in Milliardenhöhe an die Seite gestellt wird. Gleichzeitig kommt der konjunkturelle Aufschwung

In dieser Ausgabe:

- Gesundheitsfonds – Das „bürokratische Monster“
- Neuer Landesausschussvorsitzender in Bremen – Interview mit Peter Kurt Josenhans
- Qualität in der Pflege
- Sozialforscher untersuchen den Wandel durch die DRG – Interview mit Dr. Rolf Müller vom Zentrum für Sozialpolitik

noch nicht bei den Löhnen und Gehältern und damit bei den Einnahmen der Krankenkassen an.

Den Krankenkassen stehen somit zwar radikale Veränderungen bevor, aber an den Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich durch die Gesundheitsreform insgesamt nichts geändert. Der Fonds wird zusätzlich unnötige Bürokratiekosten und Umwälzungen in der Kassenlandschaft verursachen, die nicht einmal für Experten absehbar sind – weder in ihren negativen Folgen noch in ihrem Nutzen.

Mit der Festsetzung eines einheitlichen Betragssatzes per Rechtsverordnung wird die Finanzautonomie der Krankenkassen zudem massiv eingeschränkt. Bisher

hat die Selbstverwaltung der Krankenkassen nicht zuletzt durch ihre Verbände den öffentlichen und politischen Druck abgefedert, der entstand, wenn die Beitragssätze steigen mussten. Ab 2009 wird für alle Kassen ein einheitlicher Beitragssatz gelten, den die Bundesregierung festlegen wird. Dabei wird diese Aufgabe bei den künftig regierenden Parteien nicht beliebt sein, ist sie doch in der Regel damit verbunden, den Bürgerinnen und Bürgern zu erklären, dass der Beitragssatz aus Gründen des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts, wegen Vergütungsforderungen der Leistungserbringer oder konjunktureller Probleme angehoben werden muss.

Dies ist allerdings nicht nur für den Handlungsspielraum der Kassen eine folgenschwere Entscheidung, sondern für die gesamte GKV. Denn eine solche Aufgabe wird niemals politisch opportun sein. Zudem gibt es für eine Regierung Zeiten, in denen dieser notwendige Akt eine besonders negative Wirkung haben könnte. Als Ventil für den Handlungsdruck bliebe schließlich nur die Streichung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Weitergabe an die Krankenkassen, die dann gezwungen wären, den Zusatzbeitrag für ihre Versicherten zu erhöhen, was derzeit wiederum nur bis zu einer Grenze von 36 Euro monatlich möglich wäre. Dies ist der maximale Betrag den eine Kasse von ihren Versicherten fordern kann, solange der Zusatzbeitrag 1 Prozent des Einkommens nicht überschreiten darf. Ist das Einkommen geringer als die aktuelle Belastungsgrenze von 3.600 Euro, fällt der Zusatzbeitrag entsprechend geringer aus. Dabei hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bis zu 8 Euro pro Monat ohne Ein-

kommensprüfung eingefordert werden können. Sieht sich eine Kasse gezwungen, mehr als 8 Euro Zusatzbeitrag zu erheben, muss sie bei all ihren Versicherten eine Einkommensprüfung durchführen, was zu einem absurden administrativen Aufwand führt.

Welche Folgen ein falsch angesetzter Einheitsbeitrag hat, könnte sich gleich zur Einführung des Fonds zeigen. Legt die Regierung diesen im November 2008 zu niedrig fest, werden bereits mit dem Start des Fonds viele Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, oder sogar in eine existenziell bedrohliche Situation geraten. Denn selbst wenn zum Start des Fonds 100 Prozent der Gesamtausgaben der Kassen gedeckt werden sollen, wird nicht jede Kasse Ausgaben deckende Beiträge aus dem Fonds erhalten. Es wird ein durchschnittlicher Beitrag errechnet, den die Kassen für ihre Versicherten aus dem Fonds bekommen, der durch den Risikostrukturausgleich (RSA) um die Faktoren Alter und Krankheit zwar in einem gewissen Maß korrigiert wird; die Erfahrung zeigt allerdings, und es ist zu erwarten, dass Krankenkassen mit vielen alten und kranken Menschen und Geringverdienenden trotz des RSA mehr Ausgaben als Einnahmen haben und so zum Start des Fonds bereits einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben müssen.

Ironischerweise muss auf der anderen Seite davon ausgegangen werden, dass etwa 50 Prozent der Kassen mehr Geld aus dem Fonds zugewiesen bekommen, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen – sie können ihren Versicherten nach dem Start des Fonds sogar Geld zurückzahlen.



Karl L. Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

DER KOMMENTAR

Wenn man davon ausgeht, dass 40 Millionen zusätzliche Beitragskonten eingerichtet werden müssen, liegen die Kosten, die mit der Administration des Zusatzbeitrags verbunden wären, bei rund 1,2 Milliarden Euro jährlich. Hinzu kämen rund 100 Millionen Euro für die Härtefallprüfungen – Gelder, die die Kassen lieber für die Versorgung einsetzen würden, als damit zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu finanzieren. Allein dieser Aspekt der Reform hinterlässt das Gefühl, dass Vieles nicht bedacht und bis zu Ende gedacht wurde.

Weitere Aspekte, deren Auswirkungen auf die Verteilungswirkungen oder auf die Ausgabensituation der Krankenkassen noch nicht bekannt sind, sind die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und die Reform der ärztlichen Vergütung. Auch die Verteilungstransfers zwischen den Ländern sind in ihrem Volumen und in ihren Auswirkungen noch nicht einzuschätzen, wie die öffentliche Diskussion – ausgelöst durch die Länder Bayern und Baden-Württemberg – deutlich zeigt.

Die Politik muss sich endlich fragen, ob es sinnvoll oder nicht doch eher waghalsig ist, den Fonds zum 1. Januar 2009 einzuführen, oder ob ein Verzug bei der Einführung zugunsten eines virtuellen Probe- laufs doch eher im Interesse der Versicherten (ihrer Wähler) ist.

Interview mit dem neuen Landesausschussvorsitzenden Peter Kurt Josenhans



Peter Kurt Josenhans (hkk),
Landesausschussvorsitzender

▼ Herr Josenhans, als Vorsitzender des Landesausschusses Bremen gilt es, die Interessen der Ersatzkassen zu bündeln und gegenüber Leistungserbringern, Politik und den anderen Kassenarten zu profilieren. Wie sehen Sie die derzeitige Position der Ersatzkassen in Bremen?

▲ Die Ersatzkassen sind in Bremen die stärkste Kassenart. Wir vertreten insgesamt etwa 220.000 Versicherte im Bundesland Bremen – das ist ein Marktanteil von fast 40 Prozent. Bereits heute

sind wir damit erster Ansprechpartner für Gesundheitsdienstleister aber auch für die Politik. Das werden wir als Ersatzkassengemeinschaft nutzen und in der Zukunft weiter kultivieren.

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Verbändelandschaft der Krankenkassen ganz schön ins Rutschen gebracht – so lösen sich IKK- und BKK-Bundesverband derzeit auf, Nachfolgeorganisationen werden sehr schwach und zögerlich aufgestellt oder zeigen kaum Profil. Davon werden auch die

Landesorganisationen nicht unberührt bleiben – in Niedersachsen hat zum Beispiel eine Krankenkassenart bei der dortigen VdAK-Landesvertretung um Einbindung in unsere Informationswege gebeten! Im VdAK haben wir uns mit der "Zukunft des Verbandes" bereits seit Mitte 2007 beschäftigt; ich bin selbst im hierzu gebildeten Beirat tätig gewesen und habe mich dort auch für die Interessen einer autonomen Vertretung der Ersatzkassen im Bundesland Bremen eingesetzt. Ich bin sicher, dass wir mit dem jetzt vorliegenden "Konzept für die gemeinsame Organisation der Ersatzkassen" eine zukunftssichere und verlässliche Aufstellung gefunden haben, um unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen eine deutlich über das Pflichtprogramm hinausgehende gemeinsame Vertretung der Ersatzkassengemeinschaft sicherzustellen.

▼ Für die Gestaltungsfähigkeit der Krankenkassen braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Wie sehen Sie die Möglichkeiten das Leistungsgeschehen im stationären Bereich zu beeinflussen? Und wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang das Konzept der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) über die Zukunft der Krankenhausversorgung?

▲ In Bremen sehe ich die besten Voraussetzungen für uns, das Leistungsgeschehen im stationären Bereich mit zu gestalten: Einerseits sind wir als Ersatzkassen aktiv in die Budgetverhandlungen mit den Bremer Krankenhäusern eingebunden. Wir können daher sowohl die Leistungsstrukturen als auch die Leistungsmengen der Krankenhäuser maßgeblich mitbestimmen. Andererseits praktizieren wir in Bremen ein System der Landeskrankenhausplanung, wie es im Bundesgebiet einmalig sein dürfte. Es handelt sich hier um ein dreistufiges Verfahren: In der ersten Stufe erstellt die Planungsbehörde den sogenannten Krankenhausrahmenplan. Auf der Basis dieses Rahmenplanes werden in der zweiten Stufe von den Krankenkassen mit den Krankenhäusern Strukturgespräche geführt, die das Ziel haben, die individuellen Verhältnisse des Krankenhauses dem Rahmenplan anzupassen und hierzu eine entsprechende Vereinbarung zu schließen. Auf dieser Grundlage wird von der Planungsbehörde in der dritten Stufe der Festsetzungsbescheid erlassen. Als Krankenkassen haben wir damit sehr gute Voraussetzungen, unsere Vorstellungen bezüglich der Versorgungsstruktur der Bremer Krankenhauslandschaft einzubringen und auch weitgehend umsetzen zu können.

Auch das Konzept der Gesundheitsministerkonferenz zur Zukunft der Krankenhausversorgung hat

MONISTIK:

Für die Krankenhausfinanzierung gilt derzeit in Deutschland das duale System: Die Finanzmittel für Investitionskosten sollen von den Bundesländern aufgebracht werden und die Krankenkassen sind für die Finanzierung der Leistungserbringung verantwortlich. Da sich die Kosten für Investitionen und den laufenden Betrieb gegenseitig beeinflussen, erscheint die Monistik (Finanzierung aus einer Hand) sinnvoll.

Problematisch ist dabei der Investitionsrückstand, der sich angesichts knapper Mittel der Länder ergeben hat und dessen Höhe auf 30 bis 50 Milliarden Euro geschätzt wird. Dabei liegt Bremen beim Länder-Vergleich der Investitionsmittel pro Bett deutlich im unteren Drittel, was weitreichende Folgen hat: Gebäude veralten, verursachen hohe Betriebskosten oder sind unwirtschaftlich angelegt, wie beispielsweise das Pavillonssystem des Klinikum Bremen Mitte.

Unklar ist, woher die Krankenkassen die Investitionsmittel ohne Erhöhung der Lohnnebenkosten beziehen sollen. Kontrovers im Gespräch ist der Vorschlag aus einer Expertise für Gesundheitsministerin Schmidt, an der auch der Wirtschaftswissenschaftler Professor Rürup mitgewirkt hat, den Bundesländern fünf Milliarden Euro an Steuergeldern abzuzweigen und in den geplanten Gesundheitsfonds zu überführen.

Es ist ferner zu klären, wie die Investitionsmittel zu verteilen sind, wenn unterschiedlichste Voraussetzungen in den Ländern und zwischen den einzelnen Kliniken berücksichtigt werden sollen – ein einheitlicher Preiszuschlag auf die DRG könnte dies nicht leisten.

uns in diesem Zusammenhang nichts wirklich Neues gebracht: Die Vorstellung der Ländervertretungen ist es, die Hoheit der Krankenhausplanung beim Land zu belassen und der monistischen Finanzierung damit abzusagen. Ebenso wenig wurde einer Flexibilisierung der Rahmenbedingungen durch ein Höchstpreissystem und der Verstärkung der kassenindividuellen Vertragsmöglichkeiten von Seiten der Länder zugestimmt. Schließlich sollte auch die konsequente Einführung eines Bundesbasisfallwertes auf den „Sankt-Nimmerleinstag“ verschoben werden.

Dabei haben die Länder wohl nicht mit Ulla Schmidt gerechnet, die mit Schreiben vom 28. Februar 2008 höchstpersönlich eine andere Marschrichtung verkündete. Auf den ersten Blick liest man dort von möglichen Einzelverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern für festzulegende, standardisierbare Krankenhausleistungen, von der Einführung eines Bundesbasisfallwertes in einem Fünf-Jahres-Zeitraum ab 2009 und von einer monistischen Finanzierung.

Doch bei näherem Hinsehen ergeben sich einige Probleme: So wie die Regelungen für Einzelverträge in dem Konzept angelegt sind, kann ein Interesse der Häuser zu selektivvertraglichem Handeln wohl nicht entstehen. Denn die Leistungen, für die keine Verträge geschlossen wurden, sollen zum bundesweit festgelegten Relativgewicht ohne Mengenbegrenzung abgerechnet werden können. Dies würde faktisch einer Abschaffung der Mengenbegrenzung für einen großen Anteil der Krankenhausleistungen gleichkommen, die ja derzeit bei einer Überschreitung des vereinbarten Leistungsvolumens durch abgestaffelte Erlöse erreicht wird.

Der Umstieg auf die Monistik über Steuermittel ist ebenfalls noch recht unausgegoren. Böse Zungen behaupten, dass daraus eine latente Unterfinanzierung wegen mangelnder Mittel zu erwarten sei, der so wird befürchtet, durch eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler begegnet würde. Zudem birgt eine lineare DRG-Zuschlagssystematik, also ein Investitionskostenzuschlag ohne Berücksichtigung unterschiedlicher Voraussetzungen für die Kliniken, neue Verwerfungen in sich.

Das Schmidt'sche Konzept scheint also noch unausgegoren und weitere Nacharbeit ist zu erwarten. Eher nicht zu erwarten ist, dass die Planung aus der Länderhoheit gerät. Die Bremer Bedingungen erlauben jedoch eine beispielhafte Beteiligung und Einflussnahme durch die Kassen im gegebenen gesetzlichen und politischen Rahmen. Die hanseatisch-bremische Kultur der Konsensbildung ist aus vielerlei Gesichtspunkten von Vorteil. Dieses Verfahren müssen wir pflegen – unabhängig, ob sich die Vorstellungen der Länder, oder die des BMG im Ergebnis durchsetzen.

▼ **Können Modelle der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, wie beispielsweise der nach § 73c SGB V zwischen den Ersatzkassen und dem medizinischen Versorgungszentrum MEDIKUM in Nordhessen geschlossene Vertrag, den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung fördern?**

▲ Natürlich müssen wir zunächst einmal die neuen gesetzlichen Regelungen des WSG im Vertrags-

recht erproben und auch in unterschiedlichen Vertragspartnerschaften deren Optionen und Wirksamkeit ansehen. Denn nicht alle Neuerungen der Vergangenheit haben uns ja in der Versorgungsgestaltung tatsächlich vorangebracht und nicht alle sind wettbewerbsrelevant beziehungsweise förderlich. Nehmen wir einmal die hausarztzentrierte Versorgung. Hier hat der Gesetzgeber die Kassen verpflichtet, Versorgungsangebote vertraglich zu regeln. Auf der Ärzteseite besteht allerdings keine solche Verpflichtung zum Vertragsabschluss. Durch diese Konstellation werden die Krankenkassen durchaus erpressbar und ein ruinöser Preiswettbewerb um Verträge setzte vielerorts ein. Damit wurde der politisch gewollte und wettbewerbslich geförderte Such-

VERABSCHIEDUNG

In der letzten Sitzung des VdAK/AEV-Landesausschusses verabschiedeten dessen Mitglieder Norbert Wellbrock und dankten ihm für die erfolgreiche Leitung des Gremiums seit 1997. Nach 40 Jahren im System der gesetzlichen Krankenversicherung geht der Leiter der Abteilung „Verträge“ der hkk zum 31. Mai in den Vorruhestand.

Der VdAK/AEV dankt Norbert Wellbrock auch im Namen des Landesausschusses für die zielgeführten Verhandlungen im Bereich der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte, deren Erfolg nicht zuletzt Ergebnis seiner guten Kontakte zu allen Beteiligten – auch auf der Seite der Leistungserbringer – waren.



Norbert Wellbrock und Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bremen

Einen Fuß behält Wellbrock trotzdem in der Tür des Gesundheitssystems: Zukünftig wird er ehrenamtlich bei der Zentrale für Private Fürsorge tätig sein – einer Wohlfahrtseinrichtung mit Schwerpunkt in der ambulanten Pflege.

Ab 1. Mai tritt Kurt Peter Josenhans, Bereichsleiter der Abteilung „Verträge“ der hkk, die Nachfolge von Norbert Wellbrock als Vorsitzender des Landesausschusses an.

prozess nach effizienteren Versorgungsstrukturen konterkariert. Dies belegen auch die ersten Untersuchungsergebnisse zu den Verträgen der Ersatzkassengemeinschaft beispielsweise in Hessen. Hier scheint gerade der Bremer Vertrag, der von allen Kassenarten getragen wird, in eine andere Richtung zu weisen: Kein Wettbewerb der Kassen zwar, dafür aber Hoffnung auf Effizienzverbesserungen durch Anreize und Ergebnisorientierung der Vergütungen.

Daneben gibt es natürlich auch wettbewerbliche Vertragsgestaltungen, die Versorgungsvorteile für die sie tragenden Krankenkassen beziehungsweise deren Versicherte erzeugen: Wir müssen deshalb bei der Vertragsgestaltung zukünftig genau hinschauen. Dabei gilt grundsätzlich, dass Kooperationen den Einkauf größerer Marktanteile von Leistungen ermöglichen. Eine stabile Ersatzkassengemeinschaft ist eine mögliche und sehr gute Basis hierfür.

Qualität in der Pflege

Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Mit Beginn der Pflegeversicherung wurde die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege in § 80 des elften Sozialgesetzbuches geregelt. Darin werden die Krankenkassen verpflichtet, mit den Spitzenverbänden der Organisationen der Leistungserbringer und mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Sozialhilfe „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität“ zu vereinbaren.

Diese Qualitätsmaßstäbe sind bis heute Basis für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Im Jahr 2002 wurde mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ein Kapitel in das SGB XI eingefügt, das das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bindend festlegt und verschiedene Neuregelungen für die Qualitätsprüfungen, die beispielsweise die Zugangsrechte des MDK zu den Einrichtungen, neue Prüffelder, wie die häusliche Krankenpflege, das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen, sowie die Hygiene betreffen. Damit wurde eine stärkere Ausrichtung der MDK-Prüfungen auf die Ergebnisqualität gelegt – auf die Leistungen also, die direkt bei den Menschen ankommen. Auch wurden Sanktionsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Verträge oder bei schwerwiegenden Mängeln in der Pflege eingeführt. So kann für den Zeitraum der Pflichtverletzung die Vergütung gekürzt werden oder die Pflegekassen können bei schwerwiegenden Pflegemängeln die Heimbewohner in eine andere Einrichtung vermitteln, beziehungsweise dem Pflegedienst für die häusliche Pflege die weitere Betreuung untersagen.

Heimaufsicht und MDK

Weiterhin wurde mit dem Qualitätssicherungsgesetz und der in 2006 eingeführten Qualitätsprüfrichtlinie (QPR) für den MDK eine klarere Abgrenzung zum Prüfbereich der Heimaufsicht geschaffen. Die Heimaufsicht überwacht, ob eine Einrichtung die Anforderungen des Heimgesetzes, welches den Schutz seiner Bewohner gewährleisten soll, erfüllt. Sie ist in Bremen beim Senator für Soziales ange-

siedelt und prüft im Schwerpunkt bauliche Voraussetzungen, Dokumentation, Personal und Organisation einer Einrichtung sowie die Verträge mit den Heimbewohnern. Bei Verstößen gegen das Heimrecht kann die Aufsicht Geldbußen oder Beschäftigungsverbote verhängen und bei wiederholt festgestellten Mängeln auch die Einrichtung schließen. Ambulante Pflegedienste werden von der Heimaufsicht nicht geprüft – dies ist ausschließlich Aufgabe des MDK.

Für die Durchführung der Qualitätsprüfungen im stationären und ambulanten Bereich steht beim MDK Bremen ein Prüfteam von zwei MitarbeiterInnen zur Verfügung. Ziel ist es bisher, pro Jahr eine Prüfquote von 20 Prozent der Pflegeeinrichtungen und -dienste im Land Bremen zu erreichen. Entsprechend sind seit Mitte 1996 insgesamt etwa 360 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen durchgeführt worden.

ERSATZKASSENFORUM IN BREMEN

Mehr Qualität, mehr Leistungen, bessere Koordination – Die Umsetzung der Pflegereform

ReferentInnen:

Thomas Ballast,

Vorstandsvorsitzender des VdAK und AEV, Siegburg

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Ingelore Rosenkötter, Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen

Martina kleine Bornhorst, Vorstand Altenhilfe der Caritas Bremen e.V. für die LandesArbeitsGemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen

Moderation:

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen

Mittwoch, 14. Mai 2008, 11.00 Uhr, Hotel Hilton Bremen, Böttcherstraße 2, 28195 Bremen

Anmeldungen bitte telefonisch (0421-165656), per Fax (0421-16565-99) oder per e-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de

Ausweitung der Prüfungen

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflege, das am 1. Juli 2008 in Kraft tritt, wird sich die Anzahl der Prüfungen drastisch erhöhen. Geplant ist, dass sich bis Ende 2010 alle Pflegeeinrichtungen mindestens einmal einer Prüfung durch den MDK unterzogen haben und dann regelmäßig in jährlichen Intervallen erneut geprüft werden. Deutlich gemacht wurde mit dem Gesetz nochmals, dass der Schwerpunkt der Prüfungen auf der Ergebnisqualität, also dem Pflegezustand und der Wirksamkeit von Pflege- und Betreuungsleistungen liegen soll.

Um den Prüfaufwand möglichst gering zu halten, wird der MDK zukünftig die Qualitätsbemühungen der Pflegeanbieter einbeziehen können. Dies gilt zum Beispiel für selbst veranlasste Zertifizierungen zur Struktur- und Prozessqualität des Anbieters. Zudem

sollen Erkenntnisse aus Prüfungen der Heimaufsicht zukünftig beim Umfang der MDK-Prüfungen berücksichtigt werden. Dies gilt jedoch nur für die Struktur- und Verlaufsqualität. Die Ergebnisqualität hat der MDK auf jeden Fall zu prüfen.

Damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich bei der Auswahl eines Anbieters besser orientieren können, sollen die Ergebnisse der MDK-Prüfungen – insbesondere zur Ergebnis- und Lebensqualität – von den Landesverbänden der Pflegekassen in vergleichbarer und verständlicher Form veröffentlicht werden. Dies ist eine der Aufgaben aus der Pflegereform, die in nächster Zeit auf der Bundesebene vorbereitet und in den Ländern umgesetzt werden müssen. Um über die Pflegereform zu informieren und zu diskutieren, hat die VdAK/AEV-Landesvertretung ein Ersatzkassenforum zum Thema geplant (siehe Seite 5).

Wie verändern Fallpauschalen die Krankenhäuser?

Sozialforscher untersuchen den Wandel durch die DRG



Dr. Rolf Müller,
Zentrum für
Sozialpolitik

Seit 2002 erforscht das Zentrum für Sozialpolitik der Uni Bremen (ZeS) zusammen mit dem Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) in Berlin den „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“. Die Studie soll bis zum Ende der Einführungsphase des Fallpauschalensystems in 2009 fortgeführt werden. Dabei werden seit 2002 PatientInnen, Pflegekräfte und Ärzte zu ihren Wahrnehmungen und Erfahrungen der Versorgung und Arbeit im Krankenhaus befragt (Wir berichteten bereits im April 2007). Im März 2008 wurden die Ergebnisse der Pflegekräftebefragung veröffentlicht.

▼ Herr Dr. Müller, Sie stellen in Ihrer Studie fest, dass sich der pflegerische Aufwand durch die kürzere Verweildauer der Patienten auf weniger und pflegeintensivere Tage konzentriert. Kann man grundsätzlich von einer Verdichtung der Arbeit und damit von einer höheren Belastung der Pflegenden sprechen?

▲ Diese Frage lässt sich weder mit Ja noch mit Nein beantworten. Festzustellen ist, dass eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer bei vollstationären Behandlungen stattgefunden hat. Parallel zu dieser Reduzierung der vollstationären Aufenthaltszeiten hat eine merkliche Zunahme der post- und teilstationären Behandlungen sowie der im Krankenhaus erbrachten ambulanten Operationen eingesetzt. Insgesamt, auch wenn man die nicht vollstationären Krankenhaustage einbezieht, sinkt die Zahl der Leistungstage im Krankenhaus.

Zeitgleich ist zu beobachten, dass die Zahl der beschäftigten Pflegekräfte seit Mitte der 1990er Jahre abnimmt – eine Entwicklung, die sich in jüngster Zeit ziemlich rapide vollzieht. Gemessen an der Aufenthaltsdauer der Patienten hat sich der Personalschlüssel trotzdem erhöht. So ist die Zahl der Pflegekräfte je 10.000 Leistungstage von 18,48 im Jahr 2002 auf 18,97 im Jahr 2005 gestiegen.

Dieser quantitativen Verbesserung des Personalschlüssels steht allerdings die von den befragten Pflegekräften beschriebene Verdichtung des Arbeitsanfalls pro Arbeitstag gegenüber. Als Gründe hierfür werden besonders die intensiveren Verwaltungsarbeiten und die Tatsache genannt, dass die Patienten in zunehmendem Maße nur noch zu den pflegeintensiven Zeiten im Krankenhaus sind.

Ihre Frage nach der Verdichtung der Arbeit lässt sich zunächst trotz der Verbesserung des Personalschlüssels in der Tendenz mit einem „Ja“ beantworten. Allerdings ändert sich auch die Arbeit selbst. Unberücksichtigt bleibt oft der medizinische Fortschritt, durch den der Arbeitsaufwand verringert wird. Beispielsweise lässt sich beobachten, dass die postoperative Wundversorgung aufgrund einer weniger invasiven Chirurgie mit immer kleineren Instrumenten und schonenderen Verfahren wesentlich unkomplizierter verläuft und entsprechend weniger pflegeintensiv ist.

Es ist im Fazit also eine Verdichtung der Arbeit durch pflegeintensivere Aufenthaltszeiten sowie ein Zuwachs der Pflegekräfte je Leistungstage festzustellen, es ist

aber auch eine Verringerung des pflegerischen Aufwands durch den medizinischen Fortschritt zu vermuten, der im Rahmen unserer Studie leider nicht quantifizierbar gemacht werden kann.

▼ Wie wird die Einführung der DRG von den Pflegekräften beurteilt?

▲ Das Design der Befragung gab den Pflegekräften in zweifacher Weise Gelegenheit, die Effekte der DRG-Einführung zu bewerten. Einerseits wurden sie nach ihrem Eindruck befragt, wie sich der Einfluss der DRG auf die Arbeit im Krankenhaus auswirkt. Andererseits haben wir die Pflegekräfte auch nach der konkreten Bewertung einzelner Aspekte der Arbeitsbedingungen und der Versorgungsqualität an ihrem Arbeitsplatz befragt. Diese beiden Blickwinkel produzieren mitunter deutlich unterschiedliche Ergebnisse.

Wenn die Pflegekräfte allgemein danach befragt werden, wie sie die Einführung der DRG beurteilen, dann sehen die Ergebnisse sehr niederschmetternd aus. Zu fast allen abgefragten Aspekten – angefangen bei allgemeinen Arbeitsbedingungen über die Kooperation mit Ärzten, die Aufstiegschancen bis hin zur Qualität der Versorgung – werden deutlich mehr negative als positive Antworten gegeben. Der einzige Aspekt, auf den die DRG aus Sicht der Pflegekräfte mehr positiv als negativ wirken, ist die Transparenz der Pflege.

Befragt nach den konkreten Auswirkungen der DRG auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqua-

lität zeigt sich ein anderes Bild: 2003 befragten wir die Pflegekräfte genauso wie 2006 zur Situation der Klinik, in der sie arbeiten. Wenn sich bei diesen Befragungen deutliche Veränderungen in der Verteilung der Antworten ergeben hätten, dann könnte man hier einen DRG-Effekt vermuten. Vergleicht man aber die Bewertungen der beiden Befragungsjahre, dann fallen die Veränderungen deutlich geringer aus oder zeigen sogar in die entgegengesetzte Richtung. Was vermuten lässt, dass die DRG als bedrohliche Veränderung gesehen werden, von der man zunächst eher Negatives erwartet.

Beispiel Kooperation mit den Ärzten: Wir fragten die Pflegekräfte jeweils, wie sie aktuell die Kooperation mit den Ärzten bewerten. 2003 bewerteten 15,2 Prozent die Zusammenarbeit mit „sehr gut“ und 58,6 Prozent mit „gut“. Hätte es einen negativen Effekt der DRG auf die Kooperation mit den Ärzten gegeben, wären die Ergebnisse in 2006 deutlich schlechter ausgefallen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Kooperation mit den Ärzten wird sogar zu 15,7 Prozent als „sehr gut“ und zu 63,2 Prozent als „gut“ bewertet.

Gleichbleibend bis positiv wurden auch das Management des Pflegeablaufs und die Ressourcen (Chance etwas zu lernen, Bestätigung, genügend Handlungsspielraum...) beurteilt. Deutlich negativer waren die Aussagen der Pflegekräfte bezüglich der Arbeitsatmosphäre, der Kooperation im Pflege team sowie zur Motivation und Zufriedenheit.

Ein wichtiger Faktor in der Versorgungspraxis ist die empfundene Arbeitsbelastung der Pflegekräfte. Diese hat in der Bewertung ihrer realen Arbeitsverhältnisse leicht zugenommen. Angegeben wurden besonders Zeitdruck und störende Unterbrechungen.

Zusammengenommen mit den negativen Vermutungen über die Einflüsse der DRG auf die Arbeitsbedingungen sollte man diese Äußerungen sehr ernst nehmen. Dies ist besonders wichtig, da es nicht nur um das Wohlbefinden der Pflegenden an ihrem Arbeitsplatz geht, sondern schlussendlich um das der Patienten und die Qualität ihrer Versorgung. Denn leider müssen wir feststellen, dass die Pflegekräfte aufgrund des empfundenen Zeitdrucks spezielle Pflegeleistungen im Jahr 2006 nicht mehr in dem Umfang erbringen wie sie es 2003 getan haben. 2006 gaben deutlich weniger Pflegekräfte an, den Pflegeablauf an die Patienten anzupassen und ihnen Unterstützung zur Selbständigkeit zu geben.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Wahrnehmung gestiegener Anforderungen.

STICHWORT: DRG – DIAGNOSIS RELATED GROUPS

Mit Einführung der DRG wurde in Deutschland ein einheitliches Vergütungssystem der Krankenhausleistungen eingeführt. Zur Einordnung in eine Fallgruppe dienen die Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren (Operationen, Untersuchungen), Nebendiagnosen und Komplikationen sowie Alter, Geschlecht und andere patientenbezogene Faktoren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben alle Aufgaben, die aus der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems resultieren, an ein unabhängiges Institut übergeben: Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterstützt die Krankenhäuser und Kassen sowie ihre gemeinsamen Gremien dabei, mit einer korrekten Bestimmung von Fallgruppen und entsprechenden Zuordnung von Bewertungsrelationen, das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus in das Entgeltsystem übertragbar zu machen. Dazu werden bestehende DRG und deren Bewertungen laufend an der Realität überprüft und korrigiert, sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das System integriert.

Die Kosten für die Behandlung in deutschen Krankenhäusern sind seit Einführung der DRG in 2003 um 10,17 Prozent von 46,8 Milliarden auf 51,56 Milliarden Euro gestiegen.

Waren 2003 noch fast 80 Prozent der Befragten der Meinung sie seien gut ausgebildet, sagen dies 2006 nur noch gut 60 Prozent. Die Zahl derer, die Angst um ihren Arbeitsplatz haben, weil sie sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlen, ist entsprechend von 1,6 auf 8,3 Prozent gestiegen.

▼ **Hat sich im Beobachtungszeitraum die Qualität der stationären Versorgung durch ein engagiertes Qualitätsmanagement der Krankenhäuser verbessert?**

▲ Der Anteil der Pflegekräfte, die angaben, dass in ihrem Haus Patientenbefragungen durchgeführt werden, stieg zwischen 2003 und 2006 von 71 Prozent auf 85 Prozent. Der Bekanntheitsgrad der Ergebnisse ist im gleichen Zeitraum von 40 Prozent auf 55 Prozent gestiegen. 2006 berichteten 77 Prozent von einer Stelle für Patientenrechte, -wünsche und -beschwerden. 2003 waren es nur 58 Prozent. Das heißt, das Bewusstsein für Qualität in der Versorgung ist deutlich gestiegen.

Allerdings muss man feststellen, dass die Pflegekräfte einige Mängel in der Versorgung sehen. Sie empfinden eine deutliche Diskrepanz zwischen den eigenen Erwartungen an die medizinische und pflegerische Versorgung und dem, was wirklich geleistet wird. Beispielsweise meinen 86 Prozent der Pflegekräfte, die medizinische Versorgung dürfe sich nicht an den Kosten orientieren. Nur 56 Prozent konnten aber angeben, dass sich die Behandlung nach ihren Erfahrungen tatsächlich nicht an den Kosten orientiere. Ganz extrem sieht die Diskrepanz zwischen Wunsch und

Wirklichkeit bei der Mitbestimmung der Patienten aus. Fast 100 Prozent der Pflegekräfte meinten, die Patienten sollten über ihre Behandlung mitentscheiden können, aber nur 28 Prozent der Pflegekräfte empfinden, dies sei tatsächliche Praxis.

In steigendem Maße geben die Pflegekräfte an, die Patienten werden „zu früh“ entlassen. In der Befragung 2006 waren 20 Prozent dieser Meinung. Angesichts dieses Eindrucks und der messbaren Verkürzung der Aufenthaltsdauer wird deutlich, dass ein gutes Entlassungsmanagement unbedingt notwendig wäre. Allerdings wird dies von den Pflegekräften 2006 noch schlechter als 2003 beurteilt. Insgesamt gab weniger als die Hälfte der Pflegekräfte an, dass es ein Entlassungs-, Überleitungs- oder Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten in ihrer Klinik gibt, das noch gut funktioniert.

Es ist grundsätzlich gut, dass die Qualität der Versorgung in den Kliniken durch Zertifizierungen und andere Maßnahmen mehr in den Vordergrund gerückt ist. Die Verbesserung der Qualität war neben der angestrebten Kostensenkung schließlich das zweitgenannte Ziel der DRG-Einführung. Allerdings muss man feststellen, dass sich strukturell bislang noch zu wenig verändert hat. Und das zeigt sich auch im Empfinden der Arbeitsbelastung durch die Pflegenden.

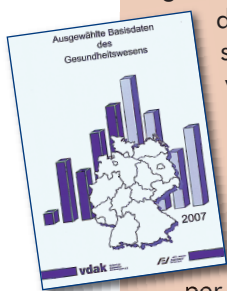
Die Studie „Pflegearbeit im Krankenhaus“ ist erschienen in der GEK-Edition der Gmünder ErsatzKasse, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse / Band 60, ISBN 978-3-537-44060-0.

NEWS

■ Derzeit stehen den Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung 12.907 Medikamente zur Verfügung, die von der Zuzahlung befreit sind. Darunter fallen Generika (Präparate mit identischem Wirkstoff, wie ein teures Originalpräparat), deren Apothekenpreise mindestens 30 Prozent unter dem Höchstbetrag liegen, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten für ein Arzneimittel übernehmen. Auf der Internetseite der VdAK/AEV-Landesvertretung ist jeweils eine Ausführung der Liste dieser Medikamente für Versicherte und für Vertragspartner abrufbar, die alle zwei Wochen aktualisiert wird: www.vdak-aev.de/LVen/BRE

■ Die Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007“ ist in der 15. Auflage erschienen. In prägnanter Weise stellen Grafiken und Tabellen Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar – ergänzt durch volkswirtschaftliche und internationale Daten. Die Broschüre kann per E-Mail (basisdaten@vdak-aev.de) oder

per Fax 0 22 41 – 10 85 67 bestellt werden. Die Grafiken und Tabellen stehen auch zum Download unter www.vdak-aev.de/presse/daten/basisdaten-2007/index.htm zur Verfügung.



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Benningsenstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de