

bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Juni 2004

## Krankenhaus- verweildauer bei DRG's

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems wurde eine völlig neue Systematik in die Abrechnung der Krankenhausleistungen eingeführt. Bisher berechneten sich die Kosten nach der Verweildauer des Patienten, jetzt bekommt das Krankenhaus nach der DRG-Systematik (DRG = Diagnosis Related Group) seit dem vergangenen Jahr eine Pauschale, deren Höhe sich nach der Diagnose des Patienten richtet. Ausgenommen von diesem Berechnungssystem sind lediglich die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik, da hier die Krankheitsbilder und der entsprechende Leistungsaufwand der Klinik nicht in Fallpauschalen abgebildet werden können.

Verbunden mit der Umstellung auf DRG's wird eine starke Verweildauerverkürzung in den Krankenhäusern erwartet, da eine Fallpauschale in voller Höhe fällig wird, auch wenn der Patient nur kurze Zeit im Krankenhaus verbringt. Besonders bei älteren Menschen befürchtet man Entlassungen in wesentlich behandlungsintensiverem Zustand als bisher, zumal die Geriatrie (medizinische Fachrichtung, die sich mit der Behandlung älterer Menschen beschäftigt) voll in das System der Fallpauschalen integriert ist.

# ersatzkassen



**Veränderte Anreize** Noch befinden sich die Krankenhäuser in der budgetneutralen Umstellungsphase. Die Konvergenzphase, in der die individuellen Vergütungen der Häuser auf landesweit gültige Vergütungen angepasst werden, läuft ab 2005 und wird 2007 abgeschlossen sein. Bis dahin wird die Erfahrung zeigen, ob das Abrechnungsverfahren durch den veränderten ökonomischen Anreiz zu einem Qualitätsverlust wegen nicht angemessener Verweildauerverkürzung oder zu mehr Qualität durch Konzentration und Umstrukturierung beitragen wird.

Tatsächlich hat bei den Krankenhäusern, die bereits in 2003 nach DRG's abgerechnet haben, eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer von 7,1 in 2002 auf 6,5 Tage in 2003 stattgefunden. Durch diese Verkürzung werden aber auch Überkapazitäten sichtbar, da das Krankenhaus seine Einnahmen nicht wie bisher, ganz oder überwiegend durch tagesgleiche Pflegesätze erzielt, sondern einen Pauschalpreis je Behandlungsfall bekommt. Dadurch ist kein Anreiz mehr gegeben, die Verweildauer des Patienten über das medizinisch notwendige Maß hinaus zu verlängern.

**Kein DRG-Effekt** Dass die Umstellung zum so genannten „DRG-Effekt“ geführt habe, können weder die hkk als größte Ersatzkasse vor Ort, noch die Techniker Krankenkasse als bundesweite Ersatzkasse feststellen. Es gibt zwar einen Trend zur Verweildauerverkürzung, dieser sei aber eher auf den Abbau von Überkapazitäten zurück zu führen. Ein Trend zur vorzeitigen Entlassung und entsprechender Wiedereinweisung sei weder in 2003 noch bisher in 2004 erkennbar.

In dem Bewusstsein, dass Konkurrenz den Markt belebt, hat die Politik in den vergangenen Jahren intensiv auf einen verstärkten Wettbewerb im Gesundheitswesen hingewirkt. Dies geschah einerseits im Hinblick auf die Kosten, die es zu reduzieren gilt, andererseits hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Qualität und Wettbewerb sich nicht ausschließen, sondern dass deren Verhältnis geradezu eine Antriebsfeder für stetige Verbesserung ist. Im Wettbewerb zwischen den Kliniken geht es daher nicht ausschließlich um die Verringerung der Kosten. Ein Krankenhaus ist heute ein moderner Dienstleister und wird auch von seinen Nutzern so wahrgenommen. Die Qualität der Behandlung, der Betreuung und des Entlassungsmanagements wird von den Patienten sehr kritisch beobachtet. Eine verfrühte Entlassung aus dem Krankenhaus, mit all ihren Komplikationen, würde sich entsprechend schlecht auf das Image eines Krankenhauses auswirken.

**Übergänge gestalten** Für die optimale Nutzung der nachstationären Möglichkeiten ist es jetzt wichtig, dass die Krankenhäuser ihr Entlassungsmanagement auf einen einheitlich hohen Standard bringen und schon frühzeitig nach Aufnahme des Patienten mit der Regelung der nachstationären Versorgung beginnen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser ein interdisziplinäres Entlassungsmanagement installieren müssen, das den Sozialdienst in die Lage versetzt, die Weiterleitung des Patienten zum Hausarzt, zum Pflegedienst, in die Rehabilitation, die Kurzzeitpflege oder andere versorgende Bereiche optimal zu gestalten, damit für den Patienten die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachfolgender Betreuung transparent wird und ein nahtloser Übergang gewährleistet ist.

## Rettungsdienst

**Kostenschub durch private Anbieter** Die Kosten des Krankentransports und der Notfallrettung der Stadtgemeinde Bremen sind in den vergangenen Jahren so stark gestiegen, wie in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens. Mit der Zulassung privater Krankentransportunternehmen, die künftig neben dem öffentlichen Rettungsdienst Krankentransporte durchführen dürfen, ist nun mit einem weiteren Kostenschub zu rechnen. Grund dafür ist ein Urteil des Verwaltungsgerichts Bremen, das die Stadtgemeinde verpflichtet, private Krankentransportunternehmen zuzulassen.

**Problem: Kostenexplosion** Welche Folgen die Zulassung privater Krankentransportunternehmen hat, zeigt das Beispiel Bremerhaven: Hier sind bereits seit 1999 private Anbieter

zugelassen, was zu einer explosionsartigen Ausweitung der Krankentransporte um mehr als 80 Prozent geführt hat. Entsprechend haben sich die Kosten für Krankentransporte von einer halben Million Euro im Jahre 1999 auf etwa eine Million Euro im Jahre 2003 verdoppelt – ein deutlicher Effekt angebotsinduzierter Nachfrage.

Hinzu kommt, dass die als Mehrzweckfahrzeuge konzipierten Rettungswagen der Feuerwehr Bremerhaven, wenn sie nicht für Notfalleinsätze benötigt wurden, für den Krankentransport eingesetzt werden konnten. Das Krankentransportaufkommen hat sich aber für die Feuerwehr in Bremerhaven seit Einsatz der privaten Anbieter um etwa 40 Prozent verringert. Wegen der mangelnden Auslastung der Fahrzeuge wurden in der Folge Notfalleinsätze immens teuer.

Die Zunahme der privat durchgeführten Krankentransporte lässt sich durch die Werbeaktivitäten der Unternehmen bei Ärzten, Arzthelferinnen und Mitarbeitern aus Krankenhäusern und Pflegeheimen erklären sowie aus der Tatsache, dass Fahrten, die zuvor per öffentlichem Verkehrsmittel oder Taxi erfolgt sind, inzwischen per Krankenwagen durchgeführt werden. Überträgt man die Verhältnisse von Bremerhaven auf Bremen, kommen auf die Krankenkassen – und damit auf die Beitragszahler – Mehrkosten in Höhe von schätzungsweise 1 Million Euro jährlich zu. Die Krankenkassen werden also durch die Zulassung privater Unternehmen mit Kosten konfrontiert, die für ihre Versicherten keinen Nutzen haben. Wie lassen sich aber die Auswirkungen dieser drohenden Fehlentwicklung einfangen?

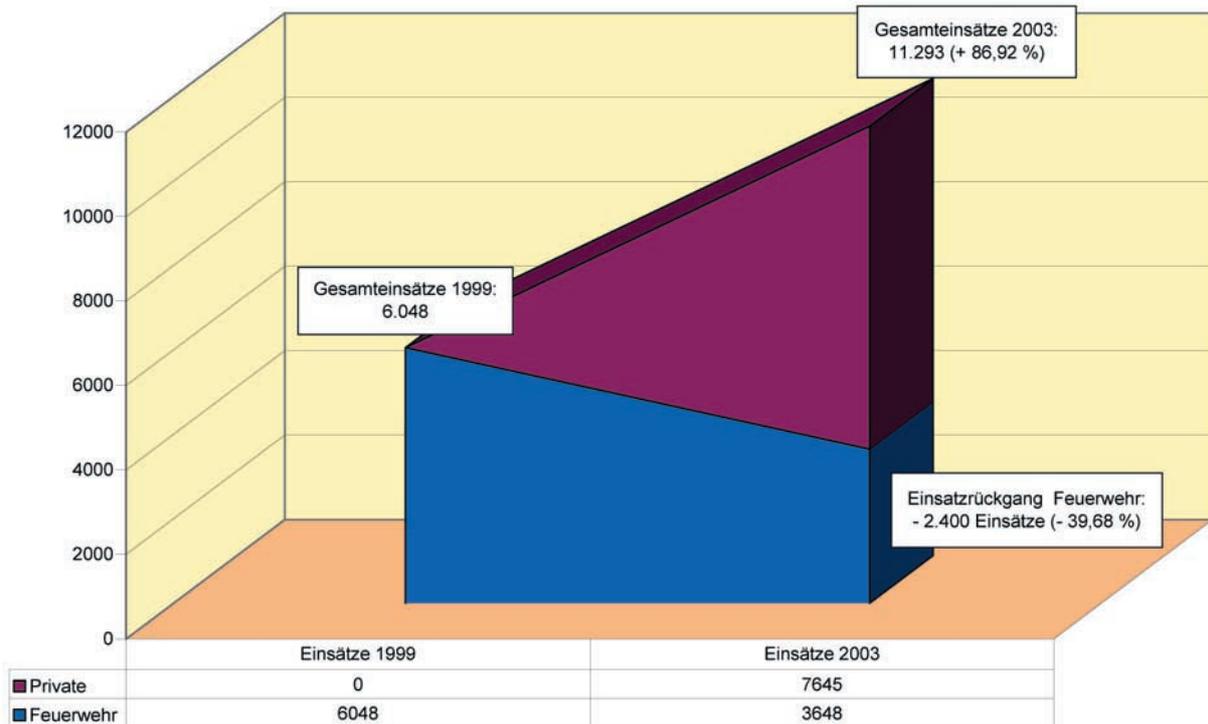
**Lösung: Integration**

Die Krankenkassen haben der zuständigen Senatorischen Behörde einen Lösungsvorschlag unterbreitet, der die privaten Anbieter in das System des öffentlichen Rettungsdienstes einbindet und somit einen Rahmen für den zukünftigen Einsatz schafft. Dieser sieht vor, dass die privaten Anbieter ihre Aufträge über die Leitstelle des öffentlichen Rettungsdienstes erhalten. Diese Regelung würde zur Entlastung des öffentlichen

Rettungsdienstes führen, wodurch dieser sich verstärkt auf die Notfallrettung konzentrieren könnte und in Nörfällen künftig schneller am Einsatzort wäre. Zudem wären die privaten Anbieter von Krankentransporten im Falle einer Katastrophe ebenfalls unmittelbar durch die Rettungsleitstelle erreichbar und könnten den öffentlichen Rettungsdienst unterstützen. Die Krankenkassen sehen dieses integrative Modell als Chance, eine unbegrenzte Ausweitung der Kosten zu vermeiden und gleichzeitig Synergieeffekte zu nutzen. Damit wäre zudem vermieden, dass unterschiedliche Anlaufstellen mit unterschiedlichen Rufnummern bei den Bürgern für Verwirrung sorgen.

Als Treuhänder der Beiträge ihrer Mitglieder sehen sich die Ersatzkassen in der Pflicht, dem drohenden explosiven Anstieg der Kosten des Bremer Rettungsdienstes vorzubeugen. Das Modell der gemeinsamen Rettungsleitstelle bietet nicht nur die Möglichkeit Kosten einzusparen, sondern es führt auch zu einer höheren Sicherheit in Bremen. Die Ersatzkassen erwarten, dass die Senatorische Behörde bei ihrer Beurteilung auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt und eine Entscheidung für die gemeinsame Rettungsleitstelle treffen wird.

Entwicklung der Krankentransportwagen-Einsätze in Bremerhaven seit Zulassung privater Anbieter



## Wunschkaiserschnitt

Die Kaiserschnittraten nehmen ständig zu. In Deutschland ist die Zahl der Kaiserschnitte zwischen 1991 und 2002 von 15,3 auf 23,7 Prozent gestiegen. Auf die Sterblichkeit der Neugeborenen hat dieser Anstieg allerdings keinen positiven Einfluss mehr – diese ist seit den Achtzigerjahren in etwa konstant. Ob ein Kaiserschnitt notwendig war, oder ob er ohne medizinische Indikation gewählt wurde, ist nachträglich kaum festzustellen. Ein Indikator könnte die Primäre Sectio sein, der geplante Kaiserschnitt. Während im Land Bremen zwischen 1996 und 2002 die Kaiserschnitttrate um etwa 5 Prozent gestiegen ist, ist gleichzeitig die Zahl der Primären Sectiones allein zwischen 2000 und 2002 um 7 Prozent gestiegen.



Zum „Wunschkaiserschnitt“ ein Interview mit Rosemarie Guhl, vom Bremer Hebammen-Landesverband:

### *Ist der Wunschkaiserschnitt die Geburtsform von morgen?*

Sicher nicht, denn gegenüber der vaginalen Normalgeburt ist der Kaiserschnitt für Mutter und Kind zu risikoreich.

### *Können sie die Risiken näher erläutern?*

Für die Mutter sind da zuerst die unmittelbaren Folgen wie Blutungen, Infektionen, der

längere Krankenhausaufenthalt. Dazu kommen die langfristigen Störungen wie Verwachsungen, sekundäre Sterilität und Plazenta-Komplikationen. Das Kind hat bei einem Kaiserschnitt häufiger Atem- und Anpassungsstörungen. Gehäuft kommt es zu Frühgeburten, da der Geburtstermin willkürlich bestimmt wird. Das Kind braucht den normalen Geburtsvorgang, damit beispielsweise die Reflexe zum Atmen und zu Koordination gefordert werden. Das erste Begegnen (Bonding) wird erschwert und es gibt gehäuft Stillschwierigkeiten. Besonders tragisch ist das erhöhte Risiko, dass es bei einer Folgeschwangerschaft jenseits der 34. Schwangerschaftswoche häufiger zu einer Totgeburt kommt.

### *Warum steigt dann trotz der Risiken der Wunsch nach einer Sectio?*

Ich denke der Wunsch resultiert aus der Angst vor dem Wehenschmerz. Davon, sich nicht unter Kontrolle zu haben, nicht zu wissen, wie die Geburt im Einzelnen sein wird, der Scham und letztlich jemand Fremdem ausgeliefert zu sein. Heute soll alles beeinflussbar sein und da ist es scheinbar möglich, mit der Sectio die Geburt selbst

zu gestalten. Vergessen wird, dass auch der Ausgang einer Sectio nicht vorhersehbar ist. Hinzu kommen die Schmerzen und Einschränkungen nach einer Kaiserschnittgeburt.

### *Ein Argument für die Sectio ist das Schlagwort: Save your love-channel. Es soll weniger sexuelle Probleme nach der Sectio geben.*

Dies konnte noch mit keiner Untersuchung bewiesen werden. Die medizinischen Beschwerden scheinen nicht geringer zu sein.

### *Wie ist es mit den Problemen der Harninkontinenz (unkontrolliertes Wasserlassen) und der Stuhlinkontinenz.*

Dies sind in der Tat Probleme, die Frauen nach der Geburt stark beeinträchtigen. Doch wurde bei Untersuchungen im Bereich der Stuhlinkontinenz kein Unterschied festgestellt. Bei der Harninkontinenz sieht es so aus, dass leichten Harninkontinenz nach vaginaler Geburt, mehr chronische Inkontinenz nach einem Kaiserschnitt gegenüber stehen.

### *Was sind die weiteren Hintergründe für das vermehrte Auftreten von Wunschkaiserschnitten?*

Da sind die juristischen Konsequenzen zu sehen. Mit einem Kaiserschnitt ist man momentan auf der sichereren Seite, denn die Sectio ist als Eingriff an sich – sieht man von späteren Komplikationen ab – so sicher wie noch nie. Auch führt die mangelnde Erfahrung von Hebammen und Ärztinnen zur schnelleren Bereitschaft eine Sectio durchzuführen.

### *Was ist für sie die „beste“ Geburtsform?*

Bei normaler Schwangerschaft ist das die vaginale Geburt mit der Betreuung durch Gynäkologin und Hebamme. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind hier in guten Händen. Dies ist auch die Meinung der WHO, die sagt, dass eine Kaiserschnitttrate bei über 10 Prozent Geburten keine gesundheitliche Verbesserungen mehr für das Kind bringt. Alle in der Umgebung einer Schwangeren sollten die werdende Mutter stärken, eine natürliche Geburt zu erleben. Die Gebärende soll ihrem Gefühl trauen, sich auf den Geburtsprozess einlassen und diesen mit Menschen, bei denen sie sich geborgen fühlt, zusammen erleben.

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV  
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen  
Telefon: 0421 / 16 56 56 · Telefax: 0421 / 16 56 5-99  
Redaktion: Christiane Sudeck · Verantwortlich: Karl Nagel  
E-Mail: LV\_Bremen@vdak-aev.de