

report bremen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Mai 2010

ersatzkassen

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Karten sind neu gemischt

Nach der deutlichen Regierungskritik, die die Bürger mit der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen der Koalition in Berlin erteilt haben, werden nun die Karten neu gemischt. Schon am Tag nach der Wahl verkündete Kanzlerin Merkel, dass es eine Steuersenkung bis 2012 nicht geben wird. Um die gesundheitspolitischen Pläne des Philip Rösler ist es nicht anders bestellt. Da wo kein Geld für die Senkung von Steuern vorhanden ist, die möglicherweise eine Steigerung der Kaufkraft nach sich ziehen würde, sollte sich erst recht die kostspielige Verlagerung des Solidarenausgleichs der Krankenkassenbeiträge nicht durchsetzen können.

Teurer Sozialausgleich über Steuern

Bei einer Kopfpauschale würden Versicherte mit höherem Einkommen entlastet, während mittlere und geringe Einkommen belastet würden. Wollte man diesen Effekt gerecht ausgleichen, wären Steuermittel in zweistelliger Milliardenhöhe not-

In dieser Ausgabe:

- **Ersatzkassenforum in Bremen:**
Braucht die gesetzliche Krankenversicherung neue Konzepte?
- **Vergütung Krankenhäuser –**
Landesbasisfallwert in Bremen
- **Studie der Bremer Uni:**
Theorie und Praxis der Fallpauschalen in den Krankenhäusern

wendig. Die Einführung der Kopfpauschalen-Systematik ohne aufwendigen Sozialausgleich würde alle Last auf die Schultern der Menschen mit mittleren und geringen Einkommen legen – die Solidarität, eine tragende Säule und Kennzeichen des bisherigen Systems, wäre damit für immer aufgekündigt.

Zudem würde die Kopfpauschale keine zusätzlichen Einnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung generieren. Die Finanzströme würden zwar anders verteilt, aber die Ausgaben bremst man damit nicht. Eine Kopfpauschale würde, wie bereits der Gesundheitsfonds, die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht lösen.

Hohe Ausgabensteigerungen

Trotz der Wirtschaftskrise hat die letzte Bundesregierung Ärzten und Krankenhäusern rund sechs Milliarden Euro zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Die Forderung nach besserer Koordination der Leistungen und eine für die Patienten spürbare Verbesserung der Versorgung und deren Abläufe wurde mit diesen Honorarsteigerungen jedoch nicht verbunden.

Trotzdem hat sich das Mantra der Vertreter der Ärzteschaft und der Kliniken, das System sei chronisch unterfinanziert, inzwischen in vielen Köpfen festgesetzt. Die Akteure auf der Leistungserbringenseite sind eingespielt auf der so gut funktionierenden Klaviatur der Lobby- und Medienarbeit. Und so lässt sich die Drohung der Rationierung von Leistungen immer wieder gut verkaufen, um eigene Interessen durchzusetzen.

Die vorhandenen Möglichkeiten der besseren Koordinierung, der effizienteren Verwendung der vorhandenen Ressourcen, die Probleme der Mengen-

ausweitung und der mangelhaften Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden dabei völlig außer Acht gelassen. So lässt sich zunehmend deutlich feststellen, dass trotz steigender Kosten sich Bemühungen um Qualität, Transparenz und Wettbewerb nur äußerst schwer durchsetzen in diesem System, das nach wie vor zu wenig am Bedarf der Patienten orientiert ist.

Ein hohes Defizit droht

Die Rechnung für die Folgen der steigenden Ausgaben und der Wirtschaftskrise zahlen die Versicherten bereits über die teilweise notwendig gewordenen Zusatzbeiträge der Krankenkassen. Anstatt jedoch dem System notwendige Strukturveränderungen abzuverlangen, wurde bereits von der vorherigen Koalition ein Gesundheitsfonds ins Leben gerufen, der dazu führen sollte, dass die Kassen sparsam mit den Versichertengeldern umgehen. Ein Rezept, wie das angesichts der politisch verursachten Kosten gehen soll, wurde leider nicht mitgeliefert.

Mit Amtsantritt der vorherigen Gesundheitsministerin, Ulla Schmidt, war eine Kostenlawine nach der anderen losgetreten worden: Aufhebung der Arzneimittelbudgets für Ärzte, Einführung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern, Reform der Arztvergütung und aktuell, der für die Krankenkassen verpflichtende Abschluss von Hausarztverträgen.



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

DER KOMMENTAR

Auf dem Deutschen Ärztetag in Dresden am 10. Mai standen sie wieder auf dem Programm: Die Debatte um die knappen Mittel im Gesundheitswesen und die Schlussfolgerung, dass die Bevölkerung sich Gedanken über eine Priorisierung der Gesundheitsleistungen machen müsse. Vor dem Hintergrund massiver Honorarzuwächse in den vergangenen Jahren mutet diese Forderung seltsam an und wirft die Frage auf, warum denn nicht die Ärzteschaft sich Gedanken darüber macht, wie die medizinische Versorgungsqualität durch Koordination, Qualitätsstandards und Bedarfsplanung verbessert werden kann. Diese anstehenden Aufgaben sind nicht durch mehr Geld und nicht durch eine neue Finanzierungssystematik zu erreichen.

Ein Systemwechsel zur Kopfpauschale hätte lediglich zur Folge, dass die Belastung der Arbeitnehmer schon durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags mit der Zeit stark steigen würde – ganz zu schweigen davon, ob ein wirklich funktionierender

Sozialausgleich über Steuern zum einen finanzierbar und zum anderen überhaupt effektiv und ohne Schlupflöcher und blinde Flecken zu installieren ist.

Die Regierung muss endlich den Mut haben, Anforderungen für ein gut funktionierendes und damit effektives Gesundheitssystem zu stellen – ohne Rücksicht auf Klientelinteressen und das Mantra der chronischen Unterfinanzierung.

Angesichts eines drohenden Defizits von bis zu 15 Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung in 2011 ist kein Raum für weitere Ausgabensteigerungen – es bleibt also nur ein strikter Sparkurs, von dem, angesichts der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, das Gesundheitswesen nicht ausgespart bleiben kann. Das Arzneimittelparpaket ist eine erste Maßnahme in die richtige Richtung. Die Notwendigkeit weiterer Sparmaßnahmen hat die CDU inzwischen deutlich erkannt. So spricht sich auch Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der Union, für weitere Sparmaßnahmen aus und betont, dass angesichts der Wirtschaftskrise alle in der Verantwortung seien.

Die Vertreter der fünf führenden Wirtschaftsforschungsinstitute fordern in ihrer Frühjahrsprognose eine Steigerung des allgemeinen Beitragssatzes von aktuell 14,9 auf 15,2 Prozent. Dies würde die Last der Kosten auf die Schultern von Arbeitnehmern und Arbeitgebern verteilen – anders als ein Zusatzbeitrag, der nur einseitig die Versicherten belastet. Voraussetzung wäre allerdings die Beibehaltung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags, wie von der Koalition geplant, wäre sozial nicht vertretbar.

Vertretbar wäre allerdings, nach den massiven Budgetsteigerungen der vergangenen Jahre, ein Einfrieren der Vergütungen für Ärzte und Krankenhäuser und die Abkehr vom Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen. Zudem wäre es sinnvoll und angebracht, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von derzeit 19 auf (in Europa übliche) sieben Prozent zu senken und den Beitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II von 124 Euro auf einen kostendeckenden Beitrag anzuheben – bereits in diesen beiden Maßnahmen läge ein Einsparpotenzial von rund sieben Milliarden Euro.

Weiterentwicklung des paritätischen Finanzierungssystems

Der auf Solidarität basierende umfassende Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein entscheidender Standortfaktor und Garant für die Stabilität der Gesellschaft. Er bezieht 90 Prozent der Bevölkerung ein und orientiert sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit seiner Mitglieder. Dieses System hat sich bewährt und sollte daher evolutionär weiterentwickelt werden. Die oben genannten Einsparmöglichkeiten würden hierfür den notwendigen Raum schaffen, indem sie die gesetzliche Krankenversicherung von unnötigen Lasten befreien.

Braucht die gesetzliche Krankenversicherung neue Konzepte?

Ersatzkassenforum in Bremen zu Finanzierungsmodellen

Reformen verändern. Sie sollen das was besteht nicht gänzlich vom Tisch wischen, aber sie sollen es umformen, sodass es besser in die aktuelle Zeit, ihre Probleme und Anforderungen passt. Dass mit einer Umformung auch eine Verbesserung eintritt, ist nicht unbedingt gesagt. Die Beteiligten können vor einer Reform jedoch alle Möglichkeiten betrachten. Sie können in Planspielen die erwartbaren Folgen unterschiedlicher Optionen durchspielen und nach bestem Vermögen und Gewissen eine Option auswählen, die den größten Nutzen verspricht. Genau dies soll die Regierungskommission leisten, die sich seit dem 17. März mit der Reform des Gesundheitswesens befasst.

Auf dem Ersatzkassenforum 2010 hat die vdek-Landesvertretung am 29. März an diesem Punkt angesetzt und gefragt: „Vor welcher Ausgangsla-

ge stehen wir, beziehungsweise steht die eingesetzte Kommission und welche Optionen bieten sich von dieser Stelle aus?“



Gespräche in der Pause des Ersatzkassenforums in Bremen

Eingeladen waren zu diesem Forum der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages, Jens Spahn, der stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, Dr. Thomas Spies, der Gesundheitsökonom, Professor Dr. Jürgen Wasem, Dr. Stefan Etgeton vom Bundesverband der Verbraucherzentrale sowie der Vorstandsvorsitzende des vdek, Thomas Ballast.

Ausgangslage

Seit 2009 gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung keine unterschiedlichen Krankenkassenbeiträge mehr, sondern einen Gesundheitsfonds, aus dem jede Kasse einen Beitrag für ihre Versicherten bekommt. Festgelegt ist, dass dieser Fonds 95 Prozent der Ausgaben decken soll – der Rest, und das ist politisch einkalkuliert und beabsichtigt gewesen, muss über Zusatzbeiträge von den Versicherten abgefordert werden.

Die konjunkturelle Entwicklung schmälert durch Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit derzeit die Einnahmen der Krankenkassen. Auf der anderen Seite hat es auf der Ausgabenseite in den vergangenen Jahren hohe Steigerungsraten gegeben: Die Vergütungsreform der Ärzte hat in Bremen beispielsweise zu einem Einnahmenplus von 7,6 Prozent

im niedergelassenen Bereich geführt, im Bereich der Krankenhäuser gab es ebenfalls sehr hohe Zuwachsraten.

So muss die gesetzliche Krankenversicherung in diesem Jahr ein Defizit von rund vier Milliarden Euro verzeichnen, das im nächsten Jahr voraussichtlich noch wesentlich höher ausfallen wird.



Gesundheitsökonom
Prof. Dr. Jürgen Wasem

Verbreiterung der Finanzierungsbasis

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag, Jens Spahn, unterschied zunächst die geplante Gesundheitsreform von den Initiativen des zuvor von Ministerin Ulla Schmidt geleiteten Gesundheitsressorts: „Gesundheitsreformen hatten bisher immer die Kostendämpfung im Fokus“, so Spahn, die Koalition plane nun, die Finanzierung der gesetzlichen



Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag

Krankenversicherung auf eine breitere Grundlage zu stellen. Dies sei infolge des aktuellen Defizits, des demografischen Faktors und des medizinischen Fortschritts notwendig. Über den Sozialausgleich via Steuersystem wolle man dabei zukünftig auch Privatversicherte, Einnahmen aus Mieten, Zinsen und andere Einkunftsarten einbeziehen, die bisher nicht an der Deckung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung beteiligt sind. Einzige Achillesferse des Projekts sei die Frage: „Wie funktioniert der Sozialausgleich ohne millionenfache Einkommensprüfung?“

Dr. Thomas Spies, stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, betrachtete die Situation aus einem anderen Blickwinkel: „Wir stehen nicht vor Problemen des Gesundheitswesens, sondern der Finanzkrise“, stellte er fest. Auch räumte er mit einem nach wie vor verbreiteten Irrtum auf, dass die Alterung der Bevölkerung extrem hohe Kosten verursachen würde: „Teuer sind die letzten sechs Monate – egal, ob ich mit 60 oder 90 sterbe“, so Spies. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttonsozialprodukt sei nach wie vor konstant. Bezüglich des medizinischen Fortschritts müsse man auch dessen kostensenkende Ergebnisse einbeziehen, wenn beispielsweise früher eine risikofolle und teure Bypassoperation durchgeführt wurde, wo heute ambulant und unter örtlicher Betäubung von der Leiste ein Stent bis zum Herzen geführt und dort gesetzt werden könne.

Große Probleme sieht er hingegen im Falle der Einführung einer neuen Finanzierungssystematik: „Durch verschärfte Umverteilung von unten nach oben sind Kopfpauschalen ungerecht und volkswirtschaftlich unsinnig, da sie – gerade in der Krise – Nachfragepotenziale abbauen. Auch bei einer Teil-

pauschale zahlen sowohl junge Familien als auch der Durchschnittsrentner schnell mehrere Hundert Euro pro Jahr zusätzlichen Beitrag“, so Spies.

Für den vdek-Vorstandsvorsitzenden, Thomas Ballast, stellte sich vor allem die Frage des Nutzens einer Neustrukturierung der Finanzierung. Wichtig sei, fasste Ballast zusammen, dass die Politik vor einer Veränderung des bisherigen Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung die offenen Fragen beantworte: Auf welcher Basis soll zukünftig ein nachhaltiges Finanzierungssystem organisiert werden? Welche Vorteile besitzt ein schrittweiser Einstieg in die Kopfprämie gegenüber dem bisherigen Beitragssystem? Wie sieht ein einfaches unbürokratisches Verfahren für einen Sozialausgleich über Steuern aus? Und kommen ausreichend Steuermittel für diesen Ausgleich ins System?

„Die Einnahmeseite muss auf eine breitere Finanzierungsbasis gestellt werden. Dabei ziehen wir allerdings ein einkommensbezogenes Beitragssystem vor, da hier die Strukturen und Verfahren eingeübt sind, die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der einzelnen Versicherten und ein sozialer Ausgleich immanent sind“, so Ballast.

Begrenzung der Ausgaben

Aus Sicht von Dr. Thomas Etgeton, vom Bundesverband Verbraucherzentrale, müssen zunächst einmal die Ausgaben auf den Prüfstand, bevor über die Einführung eines pauschalisierten Beitrags überhaupt nachgedacht würde: „In den großen Ausgabeposten Krankenhaus, Arzneimittel und ärztliche Versorgung schlummern erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven“, so der Verbraucherschützer.

Diesen Ansatz vertiefte Karl Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen, indem er auf die massiven Kostensteigerungen hinwies, die die Krankenkassen vor Ort zu tragen haben. Die Kassen würden einerseits mit politisch induzierten Mehrkosten, wie

beispielsweise dem Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen konfrontiert, auf der anderen Seite müssten sie die Folgen leerer Landeskassen in Form von mangelnden Investitionen in die Kliniken tragen. Die Gestaltungsmöglichkeiten seien hingegen gering. „Die Kassen zahlen für sämtliche Leistungen in den Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich einen einheitlichen Preis – unterschiedslos, ob das Personal gut geschult ist, ob moderne Räume zur Verfügung gestellt werden, oder ob insgesamt überhaupt Qualitätsbemühungen stattfinden. Hier sehen wir viele Möglichkeiten der Verbesserung und politischen Handlungsbedarf“, so Nagel.

Ausgleich über Steuern intransparent

Als ersten Schritt zur Kostendämpfung wies Jens Spahn auf das Arzneimittel-Sparpaket hin, das ab 1. August in Kraft treten und jährliche Einsparungen von zwei Milliarden Euro erzielen soll.

Darüber, dass das Gesundheitswesen seiner Meinung nach in den nächsten Jahren insgesamt teurer würde, ließ Spahn keinen Zweifel; die Crux, ein möglichst unaufwendiges Verfahren mit einem gerechten Sozialausgleich über Steuern einführen zu wollen, ließ er allerdings unaufgelöst.

Professor Wasem brachte die Diskussion um das Pauschalprämienmodell auf folgenden Punkt: „Theoretisch könnte das System mit einem einheitlichen Beitrag und einem Ausgleich über Steuern besser funktionieren“, die Frage sei allerdings, ob dies verteilungsgerecht durchgeführt werden kann, oder ob es nicht doch am Ende zu einer Umverteilung komme. Er befürchte, so der Gesundheitsökonom, „dass nach dem ersten Jahr der Einführung einer Pauschale der Finanzminister ein Transferbegrenzungsgesetz auf den Weg bringt.“

Bisher sei für die Versicherten sichtbar, dass die Beträge die für die Krankenversicherung abgezogen würden, auch dort hingingen. Bei einem steuerfinanzierten System sei dies überhaupt nicht mehr sichtbar. „Wenn unser Steuersystem eine solche Akzeptanz hätte, wie in Skandinavien, wo die Steuerlisten öffentlich sind und jeder stolz auf seinen Beitrag ist, dann könnten wir auch das gesamte Gesundheitswesen durch Steuern finanzieren“, ergänzte Wasem mit ironischem Unterton.



Von links: Karl Nagel, Dr. Thomas Spies, Professor Dr. Jürgen Wasem, Dr. Stefan Etgeton, Thomas Ballast

Vergütung Krankenhäuser

Bundesweit dritthöchster Landesbasisfallwert in Bremen

Nachdem die Krankenkassen und die Kliniken sich über die Höhe des Landesbasisfallwerts für 2010 in ihren Verhandlungen nicht einigen konnten, wurde dieser über ein Schiedsstellenverfahren bestimmt.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Kostenentwicklung (Sachkosten, erhöhte Personalkosten durch Tarifabschlüsse) von 17,1 Millionen Euro und unter Einbezug von 14 Millionen Euro für Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Bremer Kliniken, wurde der Landesbasisfallwert 2010 auf 2.991 Euro festgelegt. Damit ist er 20 Euro (0,67 Prozent) höher als im vergangenen Jahr. Trotz dieser moderaten Steigerung ist der Bremer Landesbasisfallwert noch immer der dritthöchste bundesweit. Grund dafür sind die bereits hohen Kosten der Bremer Krankenhausversorgung vor den DRG (Diagnosis Related Groups = Fallpauschalen).

Der Basisfallwert, mit dem die DRG multipliziert werden, wurde zunächst für die einzelnen Kliniken ermittelt. Ab 2005 wurde daraus ein Landesbasisfallwert gebildet. So wurde das vor den DRG bestehende Preisgefüge in den Landesbasisfallwert überführt.

Kurze Rückblende: Vor Einführung der Fallpauschalen wurde nach Tages-Pflegesätzen abgerechnet, was teilweise zu absurd langen Liegezeiten der Patienten führte. Dies war ein Grund, warum das neue Entgeltsystem eingeführt wurde. Die Fallpauschalen sollten den Anreiz verlängerter Liegezeiten umwandeln in einen Vorteil der Kliniken durch die Abschmelzung der Verweildauer der Patienten an den internationalen Standard und somit zu einem effizienteren kostengünstigerem System führen.

Die Verweildauer hat sich seit Einführung der DRG tatsächlich verkürzt. Zu Einsparung ist es im stationären Sektor allerdings nicht gekommen – im Gegenteil, es hat in den vergangenen Jahren deutliche Kostensteigerungen im stationären Bereich gegeben.

Das Problem liegt in einem bundesweiten Investitionsstau von 30 bis 50 Milliarden Euro. Bei der Krankenhausfinanzierung gilt in Deutschland das duale System. Während die Finanzmittel für Investitionskosten von den Bundesländern aufgebracht werden sollten, finanzieren die Krankenkassen die Leistungen für die Patienten in den Kliniken.

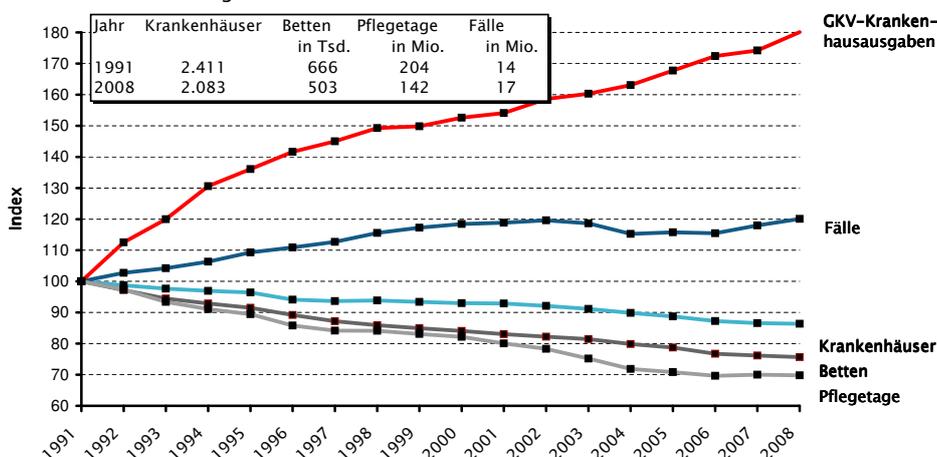
Da die Landesregierungen ihrer Verpflichtung aber nur sehr mangelhaft nachgekommen sind, hat sich dieser hohe Investitionsstau ergeben. Bremen liegt beim Länder-Vergleich der Investitionsmittel pro Bett deutlich im unteren Drittel, was zu uneffizienten Strukturen und hohen Kosten führt. Inzwischen beläuft sich der Investitionsbedarf der Bremer Krankenhäuser auf 442 Millionen Euro. Somit bestreiten die Kliniken die unbedingt notwendigen Investitionen über ihre Einnahmen aus dem hohen Landesbasisfallwert in Bremen.

Der Schiedsspruch zum Bremer Landesbasisfallwert 2010 beinhaltet die Nebenabrede, dass bei der Findung der Landesba-

Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Pflegetage und Fälle

Index 1991 = 100

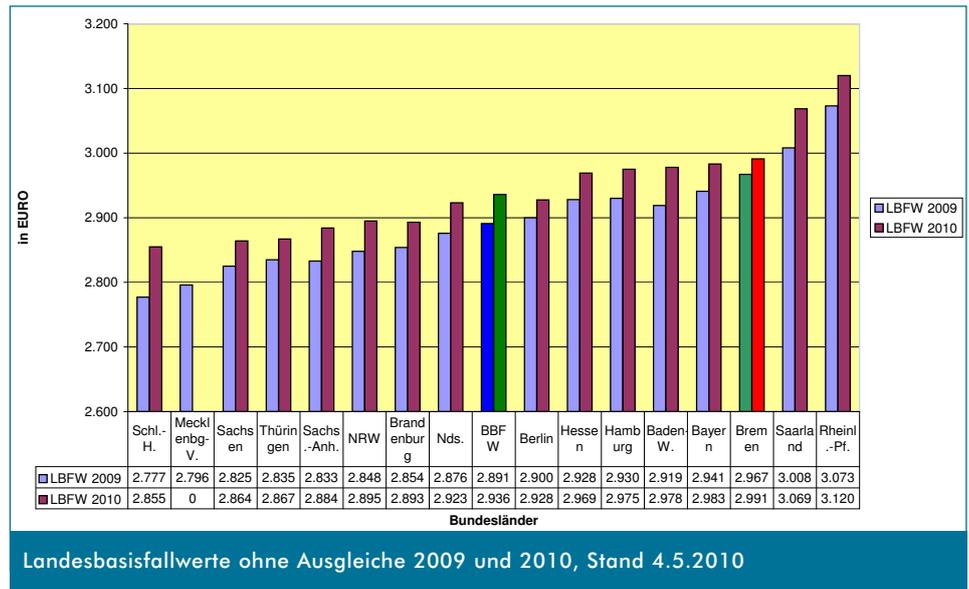
1991 – 2008 – Bundesgebiet



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1 und DKG.

Krankenhausindikatoren 1991-2008

sisfallwerte 2011 und 2012 zu beachten ist, dass die Differenz des Landesbasisfallwerts Bremen zum Bundesdurchschnitt nicht größer ist, als in 2010. So ist zumindest gesichert, dass der Effekt mangelnder Investitionen sich in Bremen nicht noch stärker auswirkt, als in der Vergangenheit. Die Genehmigung des Ergebnisses des Schiedspruchs durch die zuständige Landesbehörde steht derzeit noch aus.



Fallpauschalen: Theorie und Praxis

Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik in Bremen

Es hat sie nicht gegeben, die blutigen Entlassungen, wie sie mit Einführung der Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung vorausgesagt wurden. Aber die Erwartungen, die in sie gesetzt wurden, haben sie ebenfalls nicht erfüllt. Der Gesundheitswissenschaftler Dr. Bernard Braun hat mit seinem Team am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen zwischen 2002 und 2008 tausende Krankenhauspatienten, Ärzte und Pflegekräfte mehrfach befragt und somit eine Längsschnittstudie erstellt, die die Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus beschreibt.

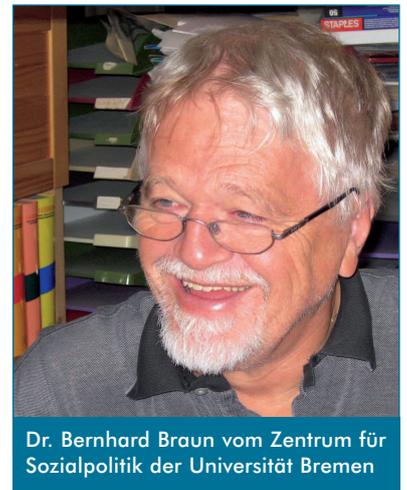
▼ **Dr. Braun, mit Einführung der DRG wurde erwartet, dass sich die oft zu lange Verweildauer der Patienten in den Kliniken verkürzen wird. Dies ist auch geschehen. Sind mit dieser Verkürzung auch strukturelle Veränderungen eingeführt worden, die die Versorgungsqualität verbessert hätten?**

▲ Vorab sei daran erinnert, dass zu den größten Erwartungen an die DRGs gehörte, sie gäben Anreize für eine deutlich bessere Strukturierung der Behandlungsabläufe von einer zügigen und bedarfsgerechten Aufnahme bis zu der sorgfältigen Entlassung in die nachstationäre Behandlung und Versor-

gung. Einhellig berichteten aber Patienten wie Pflegekräfte und Ärzte, dass ausge-rechnet an den Schnittstellen kaum etwas besser funktioniert. Hier wurde lediglich das Allernötigste geändert.

In der Regel ist es der Assistenz-

arzt, der aufnimmt, nicht der erfahrene Oberarzt. Über die Hälfte der Ärzte beklagen, dass ihnen bei der Aufnahme nicht die komplette Krankenakte vorliegt. Bei der Entlassung sieht es unterm Strich ähnlich aus: Rund die Hälfte der Patienten, der Ärzte und der Pflegekräfte erklären, dass die Entlassung alles andere als zufriedenstellend verläuft. Wo es Entlassungsmanagement nicht nur auf dem Papier gibt, funktioniert es selbst dann nur bei maximal knapp der Hälfte der befragten Beschäftigten und ihren Kliniken. Wenn nach Jahren der DRG-Einführung und des Geredes über den dringend notwendigen



Dr. Bernhard Braun vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Aufbau eines Entlassungs- und Überleitungsmanagements beispielsweise zwölf statt elf Prozent der Ärzte von einem gut funktionierenden Kooperationsmanagement mit Hausärzten sprechen, ist das eigentlich ein Musterbeispiel für einen der leider nicht seltenen Fälle von Verschlimmbesserung.

▼ Wie haben sich die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verändert? Welche Folgen haben die DRGs für die Pflege in den Krankenhäusern?



▲ Die Pflege-Beschäftigten sehen vor allem negative Folgen – vor allem eine zunehmende Verdichtung der Arbeit. Zunächst dachten Wissenschaftler und Experten, diese Einschätzung würde sich legen, wenn die neuen Abläufe erstmal etabliert sind. Doch das ist nicht der Fall. Im Gegenteil, die Klagen reißen nicht ab. Das hängt vor allem damit zusammen, dass die Pflegekräfte insgesamt trotz einiger Neueinstellungen seit 2009 mit deutlich weniger Personal aber gleich vielen Fällen als vor der DRG-Einführung mit

schwerer Erkrankten zu tun haben, die mehr Pflege brauchen. Außerdem müssen die Patienten wegen der kürzeren Verweildauer auch intensiver auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet werden. Und die Patienten geben ihnen Recht: Vor allem die Schwerstkranken sind der Meinung, dass sie weniger Zuwendung durch das Pflegepersonal bekommen als vor den DRGs. Die Pflegekräfte leiden unter einer zunehmenden Dissonanz zwischen ethischem und professionellem Wollen und Sollen und dem praktischem Können und Müssen. Die daraus entstehende Belastung kann niemand auf Dauer aushalten. Sofern sich an den Rahmenbedingungen nichts ändert, wer-

den die Pflegekräfte daher entweder ihren Beruf verlassen oder ihre Normen der Wirklichkeit anpassen. In beiden Fällen leidet unmittelbar die Versorgungsqualität der Patienten. Wenn Ärzte außerdem versuchen, die Dokumentation auf die Pflegekräfte zu verlagern und sich selber damit zu entlasten, bleibt für die eigentliche Pflege noch weniger Zeit. Hier stellt sich dann die Frage, warum Pflegekräfte und nicht technische Hilfskräfte oder Arzthelferinnen die Dokumentation übernehmen sollen – was Ärzte und Pflegekräfte entlasten würde.

▼ Die Krankenhäuser klagen immer wieder über eine zu geringe Finanzierung, dabei zahlen die Krankenkassen seit Einführung der DRG erheblich mehr für die Behandlung ihrer Versicherten. Was ist Ihrer Meinung nach notwendig, damit sich die Strukturen in den Krankenhäusern zum Wohl der Patienten und der Beschäftigten verbessern?

▲ Realistischerweise muss man sagen, dass wahrscheinlich nur eine Mischung von Maßnahmen, an denen alle Akteure beteiligt werden müssen, derartige Verbesserungen bewirkt. Dazu gehören etwa die rasche Auflösung des von den Bundesländern verursachten milliardenschweren Investitionsstaus und eine zukunftsfeste Lösung der Investitionsfinanzierung. Dazu gehört aber auch eine uneingeschränkte Orientierung der Krankenhäuser am Wohl und den Wünschen des Patienten. Wer dies nicht will oder schafft, muss zur Not mit Sanktionen zu rechnen haben. Das endlose Herummogeln um die Ergebnisqualität als wichtigstem Indikator der Behandlung muss ebenfalls ein Ende haben. Und schließlich muss das Geschehen in den Krankenhäusern so transparent werden, dass ein echter Qualitätswettbewerb entstehen kann.

KURZ GEMELDET

Arzneimittel: Die Ersatzkassen begrüßen die vom Kabinett verabschiedeten Reform-Eckpunkte. Darin enthalten ist eine Erhöhung des Abschlags auf Arzneimittel ohne Festbetrag von sechs auf 16 Prozent in Verbindung mit einem Preisstopp bis zum 31. Dezember 2013. Außerdem sollen die Hersteller zukünftig die Preise für neue Arzneimittel mit den Krankenkassen verhandeln und nicht mehr, wie bisher, die Preise einseitig festsetzen. Dazu gehört auch, dass Pharmaunternehmen künftig den Nutzen für neue Arzneimittel nachweisen müssen. So lassen sich Arzneimittel mit nur geringem Zusatznutzen und die wirklichen Innovationen identifizieren.

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes stellte die gesetzliche Krankenversicherung 2008 **151,5 Milliarden Euro für die Versorgung ihrer Versicherten** zur Verfügung. Dies waren 6,1 Milliarden Euro, oder 4,2 Prozent mehr, als in 2007.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des vdek
Bennigsenstraße 2-6
28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56
Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl L. Nagel
Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdek.com