

WZB • Reichpietschufer 50 • D-10785 Berlin

Frau Dr. Bunge
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
10011 Berlin

Sebastian Klinke
Diplom Politologe

Gesundheitssystemforschung

Forschungsgruppe Public Health

Telefon +49 (30) 25491-505
Telefax +49 (30) 25491-556

E-Mail sklinke@wz-berlin.de

Berlin, den 10.06.2008

**Statement zu den Anträgen der Fraktionen Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und FDP
zur Finanzierung der Finanzsituation der Krankenhäuser**

I. Zu begrüßen:

Die vorliegenden Anträge thematisieren zu Recht eine problematische Finanzsituation der Krankenhäuser. Ebenfalls zu begrüßen ist die Identifizierung von Budgetierung und Investitionskosten als Mitverursacher dieser Probleme.

II. Ambivalent:

Die Lösung dieser Probleme alleine an diese beiden Faktoren zu knüpfen erscheint ungenügend, da nicht allein das Niveau der Refinanzierung von Betriebs- und Investitionskosten zu problematischen Verhältnissen in Krankenhäusern geführt hat, sondern auch die Art und Weise der Verteilung.

III. Zu ergänzende Problemdimension:

Das DRG-Fallpauschalensystem hat in den Krankenhäusern in etwa 30 Prozent der Fälle zu einer Erhöhung des Kostendrucks beigetragen. Für alle Häuser gilt, dass das neue Entgeltsystem die Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Logiken befördert hat, wodurch die Arbeitsbelastung des medizinischen und pflegerischen Personals gestiegen ist. Die erfolgte Arbeitszeitverdichtung macht damit Zeit zum primären limitierenden Faktor in der Versorgung der Patienten. Ungünstig für eine hochwertige Versorgung erweist sich vor allem die Hereinnahme von Erlöserwägungen in die Arzt-Patient Beziehung.

IV. Mögliche Lösung:

Wenn es politisch gewollt ist, dass von den derzeit etwa 2000 Krankenhäusern 25% geschlossen werden, dann sollte dies auch im Rahmen der Landeskrankenhausplanung entschieden und gegenüber der Bevölkerung verantwortet werden, da sonst für diese 25-30% der Häuser ein mittel- bis langfristiges Siechtum zu erwarten ist, welches zu einer schlechten Versorgung der dort weiterhin behandelten Patienten führt. Sofern ein pauschalierendes Entgeltsystem politisch gewollt ist, muss man verstärkt über Mindeststandards (Personalausstattung, Qualifikationsstruktur des Personals etc.) dafür sorgen, dass dem Wettbewerb um Kostenstrukturen Grenzen gesetzt sind.

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung gGmbH

Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin

Telefon +49 (30) 25491-0
Telefax +49 (30) 25491-684

www.wz-berlin.de

Geschäftsführung
Prof. Dr. Jürgen Kocka
Heinrich Baßler

Sitz der Gesellschaft Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 4303

Mitglied der Wissenschafts-
gemeinschaft Gottfried Wilhelm
Leibniz e.V. (WGL)

Commerzbank Berlin
BLZ 100 400 00
Kontonummer 507 914 000

IBAN-Nr. DE07100400000507914000
Swift-Code COBADE33XXX

USt-Ident-Nr. DE136782674

V. Einige Ergebnisse unserer Forschung zu diesen Themen:

Projekt: ‚Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System‘ - WAMP

- Design: sozialwissenschaftliche Längsschnittstudie
- Kategorie: begleitende Implementationsforschung
- Ziel: Folgen von DRG für Arbeit im Krankenhaus und die Versorgungsqualität
- Finanzierung: Hans-Böckler-Stiftung, Laufzeit 06/04 – 06/08; das Projekt WAMP (www.wamp-drg.de) wird vom WZB und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung, ver.di, der GEK und der LÄK Hessen gefördert bzw. unterstützt.
- Projektleitung: Dr. Bernard Braun (ZeS), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (WZB)
- Wissenschaftliche Mitarbeiter: Dr. Petra Buhr (ZeS), Dr. Rolf Müller (ZeS), Sebastian Klinke (WZB)

In dem Projekt werden mehrmalige standardisierte Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten sowie qualitative Fallstudien in ausgewählten Krankenhäusern durchgeführt. Bisher durchgeführte und geplante Befragungswellen:

Ärzte (Hessen): 2004 und 2005/2006 (2007/2008 laufend)

Pflege (Bundesweit, GEK): 2003 und 2006 (2008 geplant, Bosch)

Patienten (Bundesweit, GEK): 2003 und 2005 (2008 geplant)

Fallstudien (Westdeutschland): 2005 (2007/2008 laufend)

Beispiel: Der ärztliche Arbeitstag im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen

Ergebnisse der qualitativen Befragung:

- **Umfang administrativer Tätigkeiten** hat durch die neue Arbeit der Verschlüsselung, Qualitätsdokumentationen und wachsende Notwendigkeit Behandlungsentscheidungen gegenüber Kassen und MDK zu begründen **zugenommen**
- Ärzte im Zuge der DRG-Einführung indirekt von Personaleinsparungen betroffen, beispielsweise steht derzeit nicht mehr auf allen Stationen zu jeder Zeit ein Arzt zur Verfügung
- Weiterbildungschancen verschlechtern sich, durch Zeitmangel und Einsparungen bei teurer Diagnostik
- Folge: **Keine Zeit für Patienten**

Ergebnisse der quantitativen Befragung (1):

- durchschnittliche Arbeitszeit von Vollzeitkräften auf hohem Niveau **konstant** bei ca. 50 h (ohne Bereitschaftsdienste)
- hinzu kommen durchschnittlich ca. 16 h Bereitschaftsdienst (ohne Rufbereitschaft) – ebenfalls **konstant**
- Beispiel: Assistent in Weiterbildung, in chirurgischer Abteilung in einem Haus >1000 Betten arbeitet durchschnittlich ca. 50 h Regulär plus 16 h Bereitschaftsdienst, also insgesamt etwa 66 h pro Woche

Ergebnisse der quantitativen Befragung (2):

- Verwendung der Arbeitszeit von Krankenhausärzten:

	2004		2005/2006	
	Stunden	Prozent	Stunden	Prozent
Medizinische Tätigkeiten je Arbeitstag	4,34	42,51	4,33	45,39
Patienten-/Angehörigengespräche je Arbeitstag	1,37	13,42	1,41	14,78
Verfassen von Arztbriefen je Arbeitstag	1,25	12,24	1,13	11,84
Administrative Tätigkeiten je Arbeitstag	2,16	21,16	2,1	22,01
Literaturstudium je Arbeitstag	0,6	5,88	0,34	3,56
Forschungsarbeiten je Arbeitstag	0,49	4,80	0,23	2,41
Gesamt	10,21	100	9,54	100

Ergebnisse der quantitativen Befragung (3):

- pro Tag weniger als 1,5 Stunden Zeit, um mit Patienten und Angehörigen zu sprechen, für das Literaturstudium bleiben 20 Minuten (36 Minuten 2004) und für Forschungsarbeiten 14 Minuten (29 Minuten 2004)
- demgegenüber werden für **administrative Aufgaben** (ohne Arztbriefe) täglich etwa zwei Stunden (**keine Steigerung**) verbraucht

Frage: Trotzdem Zeit knapper geworden?

Antwort: Ja, denn

- Arbeitszeitverdichtung verstärkt Konflikte zwischen administrativen und medizinischen Aufgaben

Wodurch Konflikte?

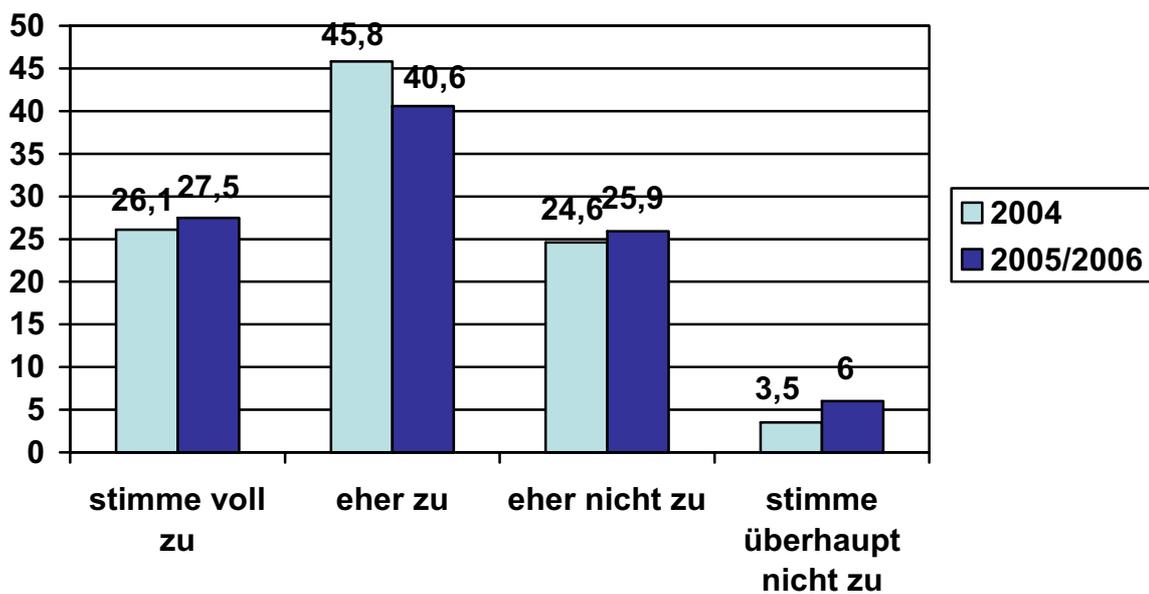
- Überformung der traditionellen medizinischen Handlungsnorm durch betriebswirtschaftliche Handlungskalküle
- Wodurch: Spannungsverhältnis zwischen betriebswirtschaftlichen Interessen des Hauses und der Handlungsnorm, alle medizinisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen
- Konflikt entsteht durch Deckelung der Gesamtausgaben (Budgetierung) und Pauschalierung des Einzelfalls (DRG-Entgeltsystem)

Wie messen?

- im Längsschnitt untersuchen, ob und wie sich Handlungsorientierungen (berufliches Selbstverständnis) und tatsächliches Handeln von Ärzten verändern.
- die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte (**Soll**) steht immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (**Ist**)
- Soll/Ist-Vergleiche im Längsschnitt ermöglichen Rückschlüsse auf Konflikte

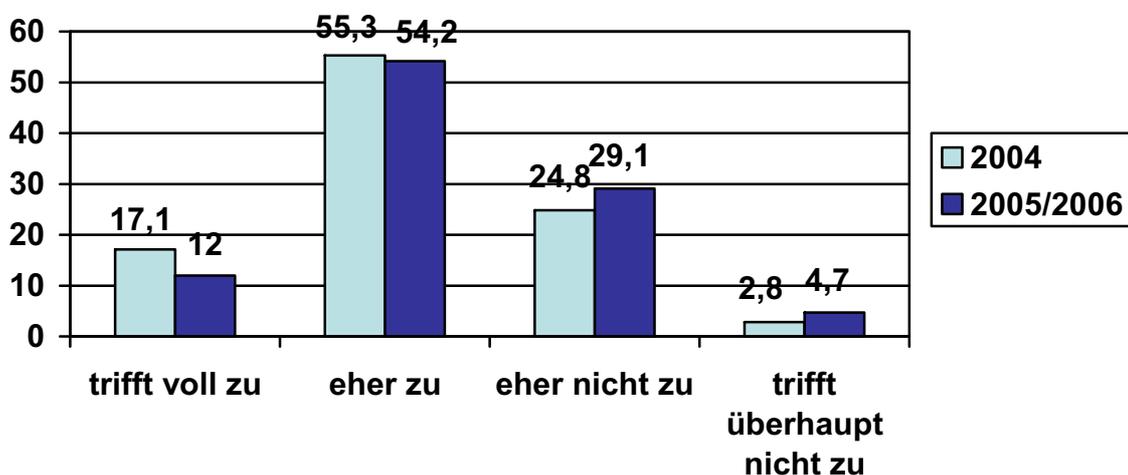
- Veränderung der Handlungsnorm:

Soll: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in % (n=2194)



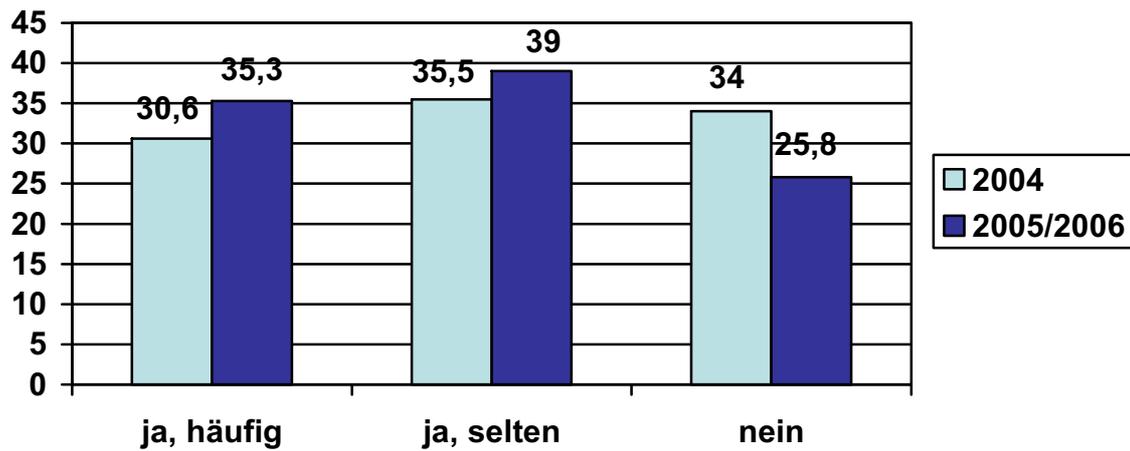
- Veränderung der Versorgungsrealität:

Ist: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot ("Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung") in % (n=2192)



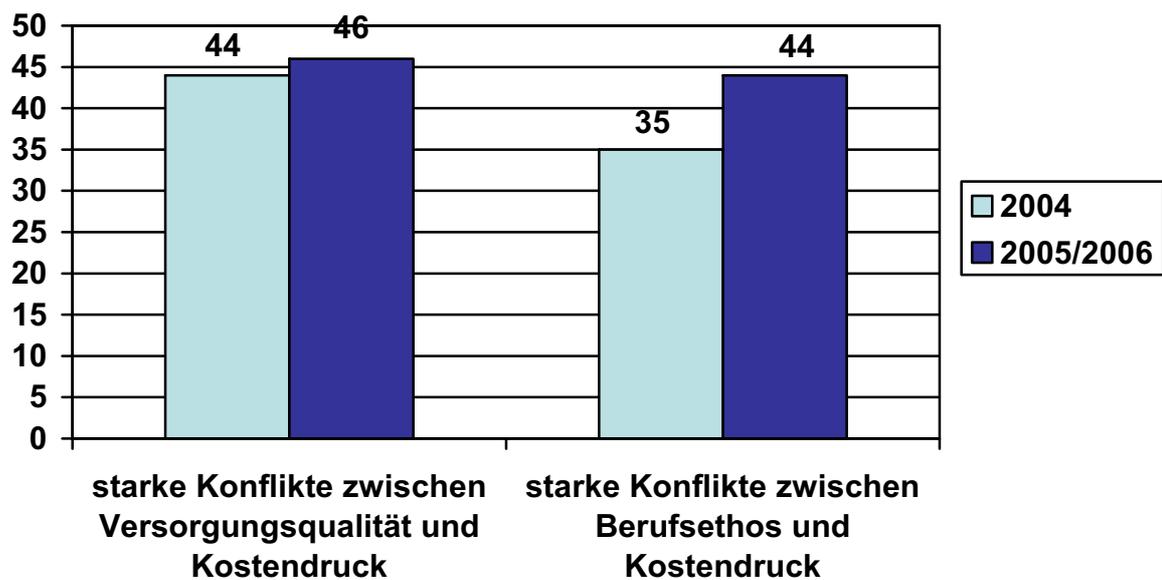
- Zunahme von Überlastung:

Haben Sie das Gefühl, Ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen - zu hohes Arbeitspensum (n=2191)



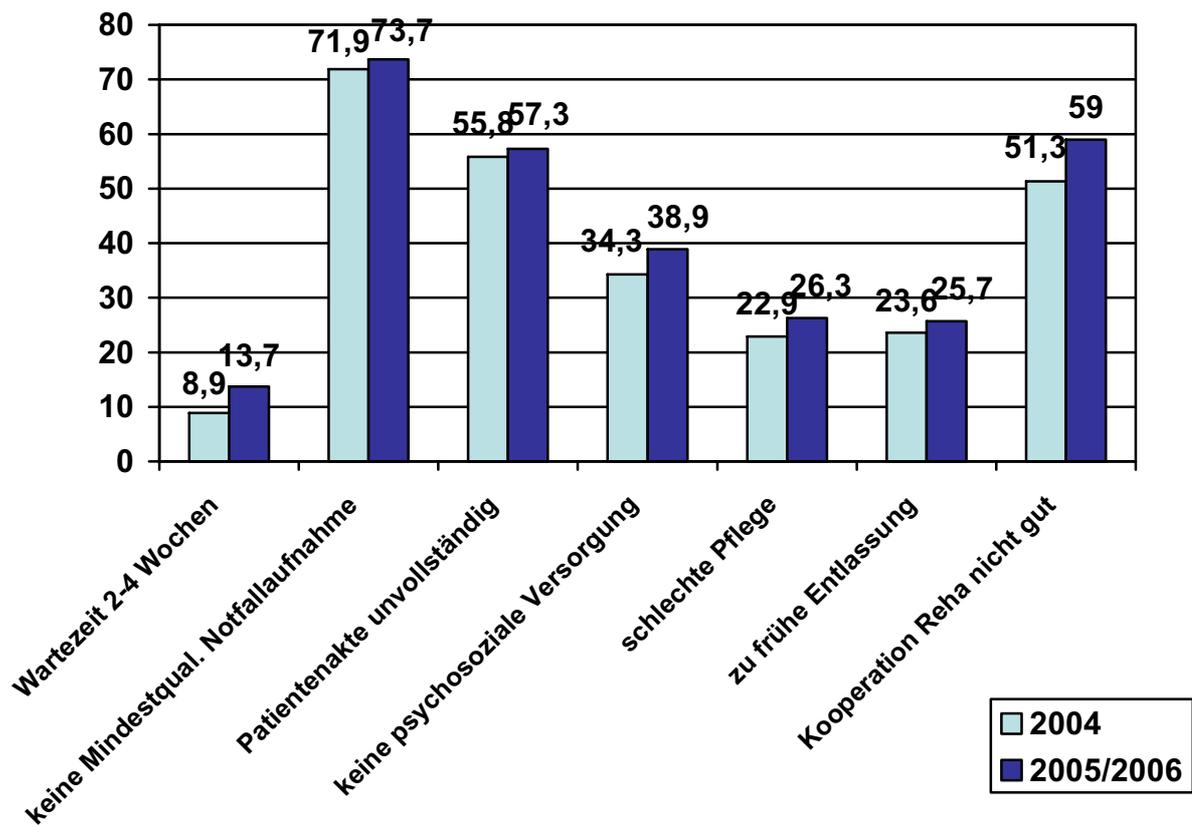
- Zunahme von Konflikten:

Gründe für zu hohes Arbeitspensum - Mehrfachantworten (n=1422)



- Veränderung von Elementen einer guten Versorgung durch Zeitmangel/Arbeitszeitverdichtung:

Für den ärztlichen Alltag bedeutet dies:



Thesen

- **Konflikte zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsorientierungen** haben sich verstärkt, da die Arbeitszeit unter DRG-Bedingungen weiter verdichtet wurde.
- Diese Konflikte werden vermehrt über **Versorgungsentscheidungen** gelöst, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen **anhand von Kosten bzw. Erlöserwägungen** relativieren.
- Dieses Spannungsverhältnis äußert sich als **Überforderungsgefühl**, sein Arbeitspensum nicht schaffen zu können, seiner Verantwortung gegenüber dem Patienten nicht richtig gerecht zu werden, sprich:
- **Keine Zeit für Patienten zu haben.**