

3. CSS Expertentalk

28. Oktober 2009, 14 bis 14.45 Uhr

DKM, Halle 5, Raum 3

Westfalahallen Dortmund, Strobelallee, 44137 Dortmund

Impulsreferat: Judith Storf, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen und Patientenberaterin bei der Patienten/innenberatung Bielefeld

Patienten und ihre Situation im Krankenhaus. Mental, organisatorisch, finanziell.

Die gesundheitliche Versorgung in den Krankenhäusern für gesetzliche Versicherte ist unzureichend. Aus den Rückmeldungen der Ratsuchenden/Patienten/Versicherten zu ihren Erfahrungen mit der stationären Versorgung lassen sich folgende Thesen ableiten:

Bevorzugung von Privatversicherten bei der Terminvergabe: Privatversicherte werden bei der Terminvergabe in Kliniken (besonders Fachabteilungen) häufig bevorzugt. Dies steht oftmals in keinem Zusammenhang mit der Brisanz der Erkrankung. Auch bei akutem Therapiebedarf (außer Notfällen) müssen gesetzlich Versicherte teilweise mit erheblich längeren Wartezeiten rechnen.

Über, Unter, -Fehlversorgung: Generell ist das Problem der medizinischen und pflegerischen Über-, Unter-, -Fehlversorgung im stationären Bereich nicht zufriedenstellend gelöst. Der zunehmenden Unterversorgung der gesetzlich Krankenversicherten steht eine tendenzielle Überversorgung der Privatversicherten gegenüber. Besonders im Bereich der Diagnostik und der Liegezeiten zeigen sich hier gravierende Unterschiede.

Qualitätsangebot in der medizinischen Versorgung: Die Qualität der medizinischen Versorgung divergiert sehr stark zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Eine einheitlich strukturierte verbindliche Qualitätssicherung findet nicht statt. Privatversicherte genießen in der Regel einen höheren Qualitätsstandard in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Neue Diagnose/Therapieverfahren werden nicht in genügendem Maße in den Behandlungsalltag der Kliniken aufgenommen. Die Kriterien, nach denen neue Verfahren ausgewählt und bewertet werden, richten sich teilweise nach falschen Anreizen (finanzieller Gewinn vor Nutzen/Risiko Abwägung und Therapieerfolg)

Krankenpflege: Das Pflegepersonal ist in der Regel hilflos überlastet und die Pflege entsprechend auf das nötigste reduziert. Wichtige Handlungen wie beispielsweise Lagerung oder die Hilfe bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme findet in einigen Krankenhäusern nicht in genügendem Maße statt. Immobiler oder alte Patienten leiden häufiger nach KH Aufenthalt an einem Dekubitus oder sind nach längerem Aufenthalt entsprechend untergewichtig oder dehydriert.

Liegezeiten nach Fallpauschalen: Seit der Einführung der Liegepauschale in den KH werden Patienten häufiger frühzeitig, teilweise zu früh entlassen, mit der Konsequenz, dass Zuhause ein Pflegeaufwand entsteht, der eigentlich im KH ausgeführt werden sollte. Andere Patienten werden in die Reha/Anschlussheilbehandlungen verwiesen auch wenn sie noch nicht rehafähig sind.

Kostenübernahme durch Krankenversicherungen: Die Beschwerden von Versicherten in Patientenberatungsstellen über die Modalitäten bei der Übernahme für Versorgungskosten nehmen zu. Kostenverweigerung, Verzögerungen bei der Genehmigung, bzw. der Auszahlung bereits geleisteter Kosten werden von ratsuchenden Patienten genannt.

Die genannten Tendenzen werden auch bestätigt durch Selbsthilfeorganisationen, Sozialverbände, Einrichtungen der Reha bzw. Anschlussheilbehandlung. Studien und Publikationen untermauern diese Aussagen.

Weitere Verschärfung wahrscheinlich.

Es ist damit zu rechnen, dass die oben benannten Versorgungsmängel weiter zunehmen. Durch die sinkenden Einnahmen bei gleichzeitigem Kostenanstieg im Gesundheitssektor ist mit weiteren Streichungen (auch) im stationären Sektor zu rechnen. Das wird sich auf die Versorgungsqualität auswirken. Mit einer sinnvollen und notwendigen Kosten/Nutzen Analyse ist perspektivisch nicht zu rechnen ist. Bürger/Versicherte/Patienten werden stärker private Zusatzversicherungen nutzen. Die Transparenz dieser Angebote ist ungenügend. Ratsuchende finden sich in der Regel nicht zu recht in dem Dschungel der Angebote. Die häufigsten Fragen beziehen sich auf: Vergleich Kosten/Leistungen, Service, Sinnvolle/nützliche Angebote für die individuellen Bedürfnisse, Unter/Übersichert, Unberechenbarkeit der zukünftigen Bedarfe/Bedürfnisse

Wenn zukünftig die GKV ihre Leistungen kürzt oder wie von Teilen der Politik angedacht nur noch eine gesetzliche Grundsicherung vorgesehen ist, wird es ein zunehmendes Ungleichgewicht in der medizinischen Versorgung geben. Das bei einer weiteren Einschränkung des Leistungskatalogs die Versichertenbeiträge der GKV sinken, ist zu bezweifeln. Die momentanen Kürzungen bekommen zum Teil auch Versicherte der Beihilfe, der Postbeamtenkrankenkasse und die Privatversicherten zu spüren. Nach Schätzungen werden sich nur 1/3 der Bürgerinnen und Bürger eine ausreichende private Zusatzversicherung leisten können.

Abdruck für redaktionelle Zwecke honorarfrei. Belegexemplare erbeten.