

Streit um die Kopfpauschale/ Suche nach Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Reizklima in der Gesundheitspolitik

Das Amt eines Gesundheitsministers oder einer Gesundheitsministerin in Deutschland war noch nie frei von spannungsgeladenen Auseinandersetzungen. Das bekommt auch Dr. Philipp Rösler schon nach wenig mehr als drei Monaten seiner Dienstzeit deutlich zu spüren. Wahrscheinlich hat er es nicht anders erwartet, aber manches ist dann doch überraschend. Dass er zum Beispiel die einkommensunabhängige Gesundheitsprämie gegen die Fundamentalkritik aus den Oppositionsparteien zu verteidigen hat, zählt zum normalen Prozedere der Politik. Mit den zweifelnden bis ablehnenden Zwischenrufen zu diesem Thema aus den Reihen der Regierungskoalition musste er in dieser Form jedoch eher nicht rechnen. Der Minister wird nicht müde, den Text des Koalitionsvertrages zu zitieren, von dem man inzwischen den Eindruck gewinnen kann, dass er vielerorts nicht mehr vollständig im Gedächtnis geblieben ist. „Langfristig“, so heißt es dort, „wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“. Und weiter: „Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.“ Das Reizwort „Kopfpauschale“, um das sich Teile der Union mit dem Gesundheitsminister zurzeit öffentlich streiten, wurde im Koalitionsvertrag vielleicht nicht zufällig vermieden. Rösler hat dennoch sein politisches Über-

leben an die Verwirklichung der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie geknüpft, weil sie ein Kernstück seiner Reform darstellt.

Noch bevor die angekündigte Regierungskommission im März ihre Arbeit aufnehmen konnte, versicherte Rösler immer wieder, dass in „seinem Hause“ die Arbeiten an der Gesundheitsreform intensiv vorangetrieben würden. Es erscheint allerdings fraglich, ob die aus maßgeblichen Ressortchefs des Bundeskabinetts zusammengesetzte Kommission fertige Konzepte aus dem Gesundheitsministerium abnicken wird. Schließlich soll sie selbst erarbeiten, wie die neue Ordnung zur „nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens“ aussehen könnte. Philipp Rösler dirigiert ein hochrangiges Ensemble: Die Kommission zur GKV-Finanzierung wurde an Dr. Röslers 37. Geburtstag, dem 24. Februar 2010, vom Kabinett eingesetzt. Ihr gehören acht Minister an. Neben Rösler die Ressortchefs aus den Ministerien für Inneres, Finanzen, Arbeit und Soziales, Familie und Senioren, Wirtschaft, Justiz und Verbraucherschutz. Sie haben es ab sofort in der Hand, den gordischen Knoten der Gesundheitspolitik zu durchschlagen. Um nicht weniger geht es. Im Gesundheitsministerium wird in der Abteilung Grundsatzfragen eine Geschäftsstelle „Regierungskommission“ gebildet. Eine erste Sitzung der Kommission ist für den 17. März vorgesehen. Die eigentliche Arbeit wird vermutlich den Staatssekretären bzw. den Abteilungen der beteiligten Ressorts übertragen werden.

Im Fokus wird sicherlich auch der Bereich Krankenhauskosten stehen. Mit etwa 55 Mrd. € ist er der größte Kostenblock. Experten schätzen hier das Einsparpotenzial auf etwa 10 Prozent – macht etwa 5 Mrd. €. Und Sie?

„Experten haben es ja immer leicht, die kommen sofort in die Medien. Ich muss diese Zahlen auf ihre Seriosität prüfen und werde dann entscheiden. Eins darf nicht vergessen werden dabei: Die Menschen sind gerade mit der Versorgung im Krankenhaus sehr zufrieden. Eine bloße Kostendämpfung zulasten der Versicherten lehne ich ab. Das führt nur zu einer Rationierung von Leistungen. Deshalb reicht es nicht, hier nur mit den Fingern zu schnippen und schon haben wir Einsparungen.“

Minister Dr. Philipp Rösler im Interview mit dem Weser Kurier, 10. Februar 2010 Foto: dpa





Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens, eingesetzt auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministers vom Bundeskabinett am 24. Februar 2010: Dr. Philipp Rösler (Vorsitzender), Dr. Thomas de Maizière, Bundesminister des Innern; Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Bundesministerin der Justiz; Dr. Wolfgang Schäuble, Bundesminister der Finanzen; Rainer Brüderle, Bundesminister für Wirtschaft und Technologie; Dr. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales; Ilse Aigner, Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Dr. Kristina Schröder, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Regierungskommission wird am 17. März 2010 zur ersten Sitzung im Bundesministerium für Gesundheit zusammenkommen. Fotos: dpa (7); cducsu.de (1)

Es könnte insofern ein vielstimmiges Konzert aus fünf unions- und drei FDP-geführten Ministerien werden. Unterstützend wirken sollen Fachleute aus den Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP. Wissenschaftler und Experten sind nicht Mitglieder der Kommission. Sie werden ggf. als Sachverständige zu einzelnen Detailspekten gehört. Auch die Länder haben keinen „Sitz“ in der Kommission, ihre Vertreter sollen „fallweise“ hinzugezogen werden. Insbesondere Bayern hatte im Vorfeld ein deutliches Mitspracherecht der Länder gefordert. Es war deshalb kein Zufall, dass aus Bayern die lautesten Vorbehalte geäußert wurden. Über den Modus Vivendi der Einbeziehung der Länder in die Willensbildung der Regierungskommission werden die Verantwortlichen noch zu entscheiden haben. Es hat in Deutschland noch keine grundlegende Reform im Gesundheitswesen ohne Zustimmung der Länder gegeben. Im Zweifel entscheiden die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat und die Interessenlagen der Länder über den einzuschlagenden Weg.

Krankenkassen machen Druck

Eine zweite „Front“, der sich der Gesundheitsminister gegenüber sieht, sind die gesetzlichen Krankenkassen, die ihn unter dem Eindruck der Zusatzbeiträge massiv bedrängen, kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen zu ergreifen, zunächst im Arzneimittelbereich. Aber die Kassen werden es dabei nicht belassen. Mindestens so oft wie zur Kopfpauschale musste Philipp Rösler in den vergangenen Wochen zu möglichen Einsparungen im Gesundheitswesen Stellung beziehen. Im Rahmen „offener und konstruktiver“ Gespräche hat der GKV-Spitzenverband dem Minister „konkrete Vorschläge“ insbesondere für ein Sofortprogramm zur Reduzierung der Arzneimittelkosten gemacht. „Dabei wollen wir, dass die Hersteller, die Apotheken, der Großhandel, der Staat und die Kassen gemeinsam für die notwendige Kostenreduzierung sorgen. Jeder eingesparte Euro erhöht die Chance, weitere Zusatzbeiträge zu verhindern“, so der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johannes Magnus von Stackelberg. Er zeigte sich „guten Mutes“, dass „unsere Vorschläge“ im Ministerium „auf offene Ohren“ gestoßen sind und „dass wir den Minister von der Notwendigkeit kurzfristiger Kostenre-

duzierungen überzeugen konnten“. Auch in die künftigen Gespräche mit der Spitze des BMG „zu kurz-, mittel- und langfristig wirkenden Maßnahmen in den verschiedenen Versorgungsbereichen“ wollen sich die Krankenkassen „umfassend und konstruktiv einbringen“. Was in diesem Zusammenhang als „konstruktiv“ zu bewerten ist, bleibt eine Frage des Blickwinkels.

Minister Rösler: „Über die Effizienz der Kassenverwaltungen muss geredet werden“

Nach Gesprächen mit den Krankenkassen und der Pharmaindustrie äußerte sich Rösler „erfreut, dass die Vertreter der Kassen und der Pharmaindustrie die Zeichen der Zeit erkannt haben“. Auch die Pharmaindustrie müsse ihren Beitrag leisten. Niemand habe einen „Freibrief“, wenn es um die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung gehe. „Ich werde in den nächsten Wochen ein Konzept mit Maßnahmen zur Arzneimittelpreisbildung vorlegen. Dabei werden sowohl Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern als auch die Kosten-Nutzen-Bewertung eine wichtige Rolle spielen“, so Rösler. Er kündigte weitere Termine mit der Industrie an. „Wir werden uns auch dort die Vorschläge anhören und dann als Gesundheitsministerium ein abgestimmtes Konzept vorlegen, um Arzneimittelpreise dauerhaft in den Griff zu bekommen, gerade bei den hochinnovativen Arzneimitteln.“ Rösler nahm aber auch die Krankenkassen ins Visier. Über die Effizienz der Kassenverwaltungen müsse geredet werden. „Wir werden uns alles ansehen – Einnahmen wie Ausgaben.“ (Weser Kurier, 10. Februar 2010)

Zusatzbeiträge sind nach Röslers Aussage „nicht allein mit der Wirtschaftlichkeit der Kasse zu begründen“, sondern hängen auch von der Versichertenstruktur der Kasse ab. Die alte Regierungskoalition habe Zusatzbeiträge bewusst in Kauf genommen. Die bisherige Reform sei „unfertig“, weil durch die Zusatzbeiträge insbesondere die Schwächeren in der Gesellschaft belastet würden. Auch diejenigen, die ohnehin schon wenig Einkommen hätten, müssten demnächst Zusatzbeiträge ohne Sozialausgleich bezahlen – aus seiner Sicht ein Argument mehr für die Notwendigkeit einer „echten“ Finanzierungsreform. ▶

Tarifverhandlungen für Ärzte im Februar ergebnislos vertagt

Die zweite Runde in den Tarifverhandlungen für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern wurde am 3. Februar 2010 in Düsseldorf ohne Ergebnis vertagt, nachdem der Marburger Bund erneut Gehaltssteigerungen von bis zu neun Prozent (fünf Prozent als lineares Lohnplus, Steigerung der Bereitschaftsdienstentgelte u.a.m.) gefordert hatte. Joachim Finklenburg, Verhandlungsführer der VKA für die Krankenhäuser, bekräftigte seine Position, dass eine Steigerung der Personalkosten in dieser Größenordnung für die kommunalen Krankenhäuser nicht zu verkraften ist. Nach wie vor seien die Ärzte „eine der am besten bezahlten Akademikergruppen in den Krankenhäusern, aber auch im gesamten öffentlichen Dienst“. Gleichzeitig sei die Finanzsituation in den Krankenhäusern sehr schwierig.

Die VKA brachte, wie angekündigt, die Umsetzung der leistungs- und erfolgsorientierten Bezahlung in die Verhandlungen ein. Für die Arbeitgeber steht fest, dass eine stärkere Leistungs- und Erfolgsorientierung auch bei der Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten zu einer Verbesserung der Führungs- und Leitungskultur sowie der Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit beitragen würde.

Der Verhandlungsführer des Marburger Bundes, Lutz Hammerschlag, forderte die Arbeitgeber auf, zur dritten Verhandlungsrunde am 8./9. März ein Verhandlungsangebot vorzulegen. Die Forderungen seiner Gewerkschaft seien „transparent und für jedermann einsehbar“. „Wir wollen den Arbeitsplatz für Ärzte wieder attraktiv machen und die massiven Ungerechtigkeiten bei der Bezahlung von ärztlichen Bereitschaftsdiensten beseitigen“, so Hammerschlag. In keiner anderen Branche würden Nachtdienste so schlecht bezahlt wie im Krankenhaus.

Tarifforderungen für Kliniken nicht finanzierbar

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum untermauerte die Aussage Finklenburgs, dass die geforderten Tarifsteigerungen von den Krankenhäusern nicht bezahlt werden können. Er verwies auf die für die Refinanzierung entscheidende Grundlohnrunde, die 2010 bei lediglich 1,5 Prozent liege. Für 2011 seien die Zuwachsperspektiven bei den Vergütungen der Kliniken noch schlechter. Hinzu komme eine gewaltige Überhangslast des letzten Tarifabschlusses. Es sei daran zu erinnern, dass der Abschluss für 2008 und 2009 zu Personalkostensteigerungen von acht Prozent geführt habe. „Vor kaum mehr als zwölf Monaten mussten die Kliniken knapp fünf Prozent Lohnerhöhungen aufbringen. Nur 50 Prozent dieser Steigerungen haben die Krankenhäuser durch eine Sonderregelung im KHRG refinanziert bekommen. Die nicht gedeckte Finanzierungslast beläuft sich mittlerweile auf über 2 Mrd. €.“

Entgegen der Annahme der Gewerkschaft ist der akute Ärztemangel in den Krankenhäusern laut Baum nicht auf die Vergütungen der Ärzte zurückzuführen. Diese stünden im internationalen Vergleich mit an vorderer Stelle. Die Tatsache, dass

heute 14 000 Ärzte mehr als vor fünf Jahren in den Kliniken arbeiten, mache deutlich, dass Entlastungen durch die Verteilung der Arbeit auf mehrere Schultern stattgefunden hätten. Auch dieser Personalaufbau sei den Krankenhäusern nicht voll refinanziert worden. „Die DKG appelliert an die Tarifpartner, die besondere Situation der Krankenhäuser zu berücksichtigen und der Sicherung und Weiterentwicklung der Beschäftigung Vorrang vor nicht finanzierbaren Lohnsteigerungen zu geben“, so der DKG-Hauptgeschäftsführer.

*Diplom-Volkswirt Peter Ossen
Chefredakteur*

Meldungen aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen künftig nur noch in geeigneten Krankenhäusern

Kinder und Jugendliche, die sich einer herzchirurgischen Behandlung unterziehen müssen, werden künftig nach verbindlichen Qualitätsstandards versorgt. Einen entsprechenden Beschluss fasste der G-BA am 18. Februar 2010 in Berlin. Durch die neue, für alle Krankenhäuser verbindliche Regelung solle sichergestellt werden, dass die Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit zum Teil schweren angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzfehlern „ausschließlich in Einrichtungen mit Expertise und geeigneter Infrastruktur“ erfolge und damit eine qualitativ hochwertige herzchirurgische Versorgung gewährleistet werde. Die vom G-BA festgelegten Qualitätskriterien beziehen sich sowohl auf die fachlichen Qualifikationen der behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte als auch auf die Struktur, Organisation und Ausstattung von Krankenhäusern.

„Die herzchirurgische Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist eine sehr anspruchsvolle medizinische Leistung. Deshalb ist es in diesem Bereich besonders wichtig, dass die Patienten nur in dafür geeigneten Einrichtungen behandelt werden“, wird Dr. Josef Siebig, Unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des für Qualitätssicherung zuständigen Unterausschusses, zitiert.

Grundlage für sektorenübergreifende Sicherung und Förderung der Qualität in der medizinischen Versorgung

Der G-BA hat mit einem weiterem Beschluss vom 18. Februar 2010 wesentliche Inhalte der „Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ beschlossen und damit die Voraussetzungen für die künftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen. Mit dem Beschluss werden die Strukturen und verfahrenstechnischen Grundlagen für eine sektorenübergreifende Betrachtung der medizinischen Behandlungsqualität gebildet sowie die Möglichkeit eröffnet, erstmalig die Qualität der Leistungen zu vergleichen, die gleichermaßen im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Praxis erbracht werden (sek-

torgleiche Verfahren), so eine Pressemeldung des G-BA. Der Beschluss gelte vorbehaltlich der Konsentierung der wesentlichen Entscheidungsgründe in der kommenden G-BA-Sitzung.

Zudem soll auch die Erfassung von Behandlungsergebnissen möglich sein, bei denen sowohl das Krankenhaus als auch die niedergelassenen Ärzte maßgeblichen Anteil haben (sektorenüberschreitende Verfahren) oder bei denen die Qualität einer im Krankenhaus erbrachten Leistung durch die Messung in einer vertragsärztlichen Praxis (oder umgekehrt) überprüft wird (sektorenüberschreitendes Follow-up-Verfahren).

Die Richtlinie regelt die Grundlagen der Aufbauorganisation, die Datenflüsse, das Verfahren zur Auffindung qualitativ auffälliger Ergebnisse sowie sich daraus ergebende mögliche Vorgehensweisen, wie etwa Praxisbegehungen und Gespräche mit Verantwortlichen.

Auf der Grundlage der beschlossenen Richtlinie wird es laut G-BA-Mitteilung möglich sein, die Behandlungsqualität über den stationären Aufenthalt hinaus zu erfassen – beispielsweise nach einer Darmkrebsoperation, an die sich eine ambulante Therapie anschließt. Dies sei angesichts der kürzer gewordenen Liegezeiten im Krankenhaus ein entscheidender Fortschritt in der Qualitätssicherung. ■

Meldungen aus den Landesverbänden

Wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser in Hessen bedrohlich

Die wirtschaftliche Lage spitzt sich für viele Krankenhäuser in Hessen immer mehr zu. Besonders betroffen von einer ernsthaften Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation sind dabei die kommunalen Krankenhäuser. Auch wenn derzeit noch keine konkreten Daten über die Jahresabschlüsse 2009 vorliegen, ist der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) bekannt, dass sich die Betriebsergebnisse vieler Kliniken gegenüber dem Vorjahr deutlich verschlechtern. „Wir wissen, dass vor allem kommunale Krankenhäuser sich inzwischen wirtschaftlich in einer sehr kritischen Situation befinden“, teilte HKG-Präsident Holger Strehlau am 19. Februar 2010 in einer Information an die Presse mit.

Diese Nachricht geht einher mit dem Ergebnis einer aktuellen Analyse des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), die unter anderem zum Ausdruck bringt, dass bundesweit jedes vierte Krankenhaus für das Geschäftsjahr 2009 einen Verlust ausweisen werde. „Aufgrund entsprechender Informationen aus unseren Mitgliedskrankenhäusern gehen wir davon aus, dass dieses Ergebnis durchaus auf die hessische Krankenhauslandschaft übertragbar ist“, so der Kommentar von Strehlau zu der Studie des DKI.

Hauptursache für die schlechte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist laut HKG die Tatsache, dass den Kliniken unvermeidbare Betriebskostensteigerungen schon seit Jahren nicht über die Vergütung der Behandlungsleistungen refinanziert werden. Zu solchen Kostensteigerungen zählt die HKG beispielhaft die Erhöhung der Energiepreise oder der Mehr-

wertsteuer im Jahr 2007. Ausschlaggebend seien allerdings die Personalkosten mit einem Anteil von etwa zwei Dritteln der Gesamtkosten der Krankenhäuser. Die HKG erinnerte daran, dass es für die Kliniken „systembedingt keine adäquate Refinanzierung von Kostensteigerungen infolge tarifvertraglicher Regelungen gibt“. Besonders zu schaffen mache den Krankenhäusern eine gewaltige Überhanglast des letzten Tarifabschlusses für die Jahre 2008 und 2009, der zu Personalkostensteigerungen von insgesamt 8 Prozent geführt habe.

„Wir haben 2008 und 2009 mit großem Aufwand politisch und öffentlich dafür gekämpft, dass die zu diesem Zeitpunkt unvermeidbaren Tariflohnsteigerungen über die Vergütung der Krankenhausleistungen voll gegenfinanziert werden. Leider hat der Gesetzgeber durch eine Sonderregelung im danach verabschiedeten Reformgesetz nur eine hälftige Refinanzierung der Tarifierhöhungen zugestanden, die andere Hälfte bleibt bei den Krankenhäusern hängen. In Hessen sind das immerhin rund 70 Mio. €“, so der HKG-Präsident.

Mit Blick auf die laufenden Tarifverhandlungen stellte Strehlau fest: „Wenn wir allein schon infolge von Tarifierhöhungen mit Kostensteigerungen zwischen 3 und 6 Prozent bezogen auf das Gesamtbudget des Krankenhauses belastet sind, aufgrund gesetzlicher Vorgaben in den vergangenen Jahren aber maximal nur eine Budgeterhöhung zwischen 0 und 1,54 Prozent erzielen durften, so handelt es sich bei ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven um einen Systemfehler, der beseitigt werden muss.“ Anderenfalls setze man die wirtschaftliche Existenz vieler Krankenhäuser sowie den Umfang und die Qualität der medizinischen Versorgung aufs Spiel.

Neben den wirtschaftlichen Problemen sehen sich die Krankenhäuser in Hessen zunehmend mit einem Ärztemangel konfrontiert. Laut der Studie des DKI bleiben immer mehr Arztstellen in den deutschen Krankenhäusern vakant; derzeit können bundesweit ca. 5 000 Stellen in den Kliniken nicht mehr besetzt werden. Die Ergebnisse des DKI decken sich mit einer Stichprobenerhebung der HKG vom November 2009. 93 Prozent der an der Erhebung teilnehmenden hessischen Krankenhäuser berichteten über Probleme bei der Besetzung ihrer Arztstellen. In 76 Prozent der Kliniken gibt es unbesetzte Stellen im Ärztlichen Dienst, die Nichtbesetzungsquote liegt bei 7,5 Prozent. Hochgerechnet entspricht dies einem Ärztemangel an den hessischen Krankenhäusern von ca. 580 Stellen. Mangeldisziplinen sind insbesondere die Anästhesie, gefolgt von der Chirurgie, der Gynäkologie, der Inneren Medizin sowie der Neurologie und Neurochirurgie.

BWKG: Mustervertrag für spezialisierte ambulante Palliativversorgung abgeschlossen

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG), die Landesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Baden-Württemberg (LAG SAPV BW) und die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg haben mit den gesetzlichen Krankenkassen im Februar 2010 einen Mustervertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) abgeschlossen. Damit werden die

finanziellen und rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die regionalen Palliativnetzwerke unverzüglich mit dem Aufbau einer flächendeckenden Versorgung im Land beginnen können. „Wichtig ist, dass ein einziger Vertrag mit allen Beteiligten auf der Landesebene abgeschlossen werden konnte. Die Bürokratie wird so auf ein Minimum reduziert und die Mitarbeiter der Palliativnetze können sich ganz auf die kranken Menschen und ihre Bedürfnisse konzentrieren“, so der Vorstandsvorsitzende der BWKG, Landrat Thomas Reumann. Eine qualitativ hochwertige Versorgung werde durch die definierten Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte und Pflegefachkräfte sichergestellt. Der Vertrag ermögliche damit eine integrierte Versorgung im besten Sinne: „Ärzte, Pflegefachkräfte, Krankenhäuser und Hospize werden Hand in Hand zusammenarbeiten, um die Patienten optimal zu versorgen.“

„Mit diesem Vertrag können die schon zahlreich im Land vorhandenen Netzwerke auf verlässlicher Grundlage ihre strukturellen und vertraglichen Entscheidungen zur Bildung von Palliative Care Teams (PCTs) treffen“, erläuterte der Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft SAPV BW, Helmut Braunwald. 33 Netzwerke haben sich seiner Aussage nach bisher der Landesarbeitsgemeinschaft angeschlossen. Diese befänden sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, aber in einigen Regionen könne die Versorgung voraussichtlich schon in den nächsten Wochen anlaufen. Für die rund zehn Millionen Einwohner Baden-Württembergs würden etwa 40 Palliative Care Teams gebraucht.

„Für die unheilbar kranken Menschen ist es wichtig, dass sie ohne großen bürokratischen Aufwand zu Hause versorgt werden können“, betonte Johannes Böcker, Vorstandsvorsitzender der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg. Bei den Einrichtungen der Ligaverbände arbeiten viele hochqualifizierte Pflegekräfte, die in Zukunft bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung mitwirken wollen. 70 Prozent der unheilbar erkrankten Menschen wünschten sich, in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. „Auf der Basis des Mustervertrages, so hoffen wir, können die Pflegekräfte nun viel besser auf den individuellen Bedarf und die Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen in der häuslichen Umgebung eingehen.“

KGS befürchtet Verschlechterung für die Versorgung psychiatrischer Patienten

Die 30 psychiatrischen Institutsambulanzen des Freistaates Sachsen befürchten vor dem Hintergrund laufender Neuverhandlungen von KBV, GKV-Spitzenverband und DKG eine dramatische und flächendeckende Verschlechterung der ambulanten Versorgung von psychiatrischen Patienten in den Institutsambulanzen der sächsischen Krankenhäuser. Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS), sagte anlässlich einer Pressekonferenz Anfang Februar: „Die von der KBV und der GKV beabsichtigten Vertragsanpassungen konterkarieren die aktuelle und tatsächliche Versorgungsrealität im Freistaat Sachsen und führen zum Ausschluss

von zahlreichen psychiatrischen Patienten ganz besonders in ländlichen Versorgungsgebieten und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der *Drehtüreffekt* in der stationären psychiatrischen Versorgung wird durch vermehrte Krankenhausaufnahme wieder verstärkt.“

Besonders kritisch sieht die KGS unter anderem die massive Einschränkung der Zugangsvoraussetzungen, die Einführung von Bewertungsskalen oder Scores zur Beschränkung der Patientengruppen auf schwere Erkrankungsformen, die Begrenzung der Behandlungsdiagnosen auf wenige Krankheitsbilder und den Ausschluss der Versorgung von Heimbewohnern und Behinderten mit Dauerarbeitsplätzen in Werkstätten. Weitreichend nachteilige Konsequenzen für die psychiatrische Patientenversorgung im Freistaat Sachsen seien nicht auszuschließen. Die DKG gehe davon aus, dass bei einer Durchsetzung der von der KBV und der GKV geforderten Restriktionen eine Verringerung des Patientenkontexts in den psychiatrischen Institutsambulanzen um ca. 30 bis 50 Prozent die Folge wäre.

Aus der Sicht der KGS hat sich die bisherige Vereinbarung mit einer praxisnahen Definition der Patientengruppen bewährt. Oberstes Gebot sollte weiterhin sein, die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanz zur Vermeidung von Unterversorgung zu erhalten bzw. eine stabile ambulante, psychiatrische Versorgung zu gewährleisten.

Ergänzend zu bereits vorliegenden Stellungnahmen hat die KGS auf folgende Problematik hingewiesen, die vor allem die Versorgung psychisch kranker Menschen mit langwierigen und schweren Erkrankungen betrifft: Insbesondere für diese Zielgruppe soll – so aktuelle Vereinbarungsentwürfe – der niederschwellige Zugang zu psychiatrischen Institutsambulanzen künftig massiv erschwert werden. Stattdessen sollen niedergelassene Nervenärzte/Psychiater und Psychotherapeuten künftig verstärkt die Versorgung dieser (früher auch als „nicht wartezimmerfähig“ apostrophierten) Patientengruppen übernehmen. Dies ist nach Auffassung der KGS gerade im Freistaat Sachsen aus folgenden Gründen unmöglich:

1. Die psychiatrisch-nervenärztliche Versorgungsdichte beträgt bundesweit ca. 17 000 Einwohner pro Psychiater/Nervenarzt. Die diesbezügliche Situation im Freistaat Sachsen ist jedoch deutlich schlechter. Die bundesweite Zahl wird nur in acht der 26 sächsischen Planungsbereiche erreicht oder sogar unterschritten. Insbesondere ländliche Regionen sind betreffend die Versorgungsdichte klar benachteiligt. Dies ist insbesondere deshalb sehr besorgniserregend, weil die psychiatrische Versorgungsforschung klar gezeigt hat, dass die Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen beim Anstieg der Wegezeit zu einer Einrichtung auf mehr als 20 (bis 30) Minuten (einfach) drastisch abnimmt. Erhebliche Varianzanteile der Inanspruchnahme sind durch Kontexteffekte (Anzahl von Einrichtungen und Mitarbeitern, Fläche und Einwohnerzahl der Versorgungsregion, städtischer versus ländlicher Charakter der Region) zu erklären. Dass nur in zehn von 26 sächsischen Planungsbereichen überhaupt niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung

stehen – und dies wiederum überwiegend in städtischen Regionen –, nennt die KGS „schlicht alarmierend“.

2. Die Situation im Bereich der ambulant ärztlich oder von Psychologen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen ist dadurch gekennzeichnet, dass der weit überwiegende Teil der aufgewendeten Kosten inzwischen – im Sinne einer Fehlallokation von Mitteln – für sogenannte Richtlinien-Psychotherapie aufgewendet wird. In der Konsequenz werden dadurch psychisch kranken Menschen mit langwierigen und schweren Erkrankungen psychotherapeutische Leistungen vorenthalten; zudem bestehen oft keine ausreichenden Erfahrungen in der Betreuung solcher Patienten.

3. Im gesamten ambulanten Versorgungsangebotsspektrum halten derzeit einzig die Psychiatrischen Institutsambulanzen die fachlich zu fordernde und in ihrer Effektivität belegte Komplexbehandlung dieser Patienten durch das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Krankenpflege etc.) vor. Die beabsichtigte Strangulation dieser Versorgungsqualität kann fachlich nicht

verantwortet werden und wird von der KGS als „schlicht empörend“ bezeichnet.

4. Die Versorgung der psychiatrischen Patienten ist aktuell auch dadurch bedroht, dass andere gemeindepsychiatrische Einrichtungen (Kontakt- und Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, betreute Wohnformen etc.) durch die Mittelknappheit in öffentlichen Haushalten ihre Leistungen künftig einschränken müssen.

All dies führt nicht nur zur ambulanten Unterversorgung dieser Patientengruppen, sondern auch zu frühzeitiger Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen – einer Entwicklung, die medizinischen Versorgungsgrundsätzen (ambulant vor stationär) zuwiderläuft und die von den bereits überbelegten Kliniken auch betreffend der notwendigen Dichte dort anzubietender Versorgungsleistungen nicht kompensiert werden kann. Nicht zuletzt ist auch aus humanitären Gründen die geschilderte Benachteiligung chronisch und schwer psychisch kranker Menschen völlig abzulehnen: Sie haben ein Recht auf die für sie bestmögliche Behandlung bzw. Versorgung, so die KGS in ihrer Stellungnahme. ■

Bundesweite Krankenhausbefragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM)

Das im vergangenen Jahr vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der medizinischen Fakultät der Universität Bonn gegründete Institut für Patientensicherheit (IfPS) führt im März und April 2010 eine systematische Befragung aller deutschen Krankenhäuser zum Einführungsstand des klinischen Risiko-Managements durch.

Das Projekt verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll erstmalig eine detaillierte nationale Erhebung stattfinden. Zum anderen soll die Weiterentwicklung der Krankenhäuser auf diesem Gebiet dadurch gefördert werden, dass jedes teilnehmende Haus auf Wunsch kostenfrei einen individuellen Report erhält, aus dem der eigene Stand, insbesondere im Vergleich mit Häusern von ähnlicher Größe und Versorgungstyp, hervorgeht.

Neben dem Aktionsbündnis Patientensicherheit rufen die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zur Beteiligung an der Befragungstudie auf. Das IfPS wird in diesem Vorhaben mit dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) zusammenarbeiten, das als Vertrauensstelle für die befragten Krankenhäuser fungiert.

Nach Ergebnissen des Krankenhausbarometers 2008 (DKI-Befragung) sind die deutschen Krankenhäuser bezüglich der Einführung von klinischem Risiko-Management überwiegend noch am Anfang, das heißt entweder noch gar nicht damit beschäftigt (21 Prozent) oder in der Planungs- und Konzeptionsphase (40 Prozent). Das eingesetzte Instrument fragt in Anlehnung an einen Fragebogen, den die ETH Zürich und die Hoch-

schule Luzern 2007 in der Schweiz für eine dortige nationale Erhebung entwickelt haben, im Detail nach

- den Strategien, Zielen und Strukturen des kRMs,
- der Nutzung externer Unterstützung und Beratung,
- den Methoden der Risikoinformationssammlung,
- dabei speziell nach CIRS (Critical Incident Reporting System),
- Verfahren der Analyse von klinischen Risiken,
- konkreten Maßnahmen zur Verminderung von Risiken,
- Methoden der Risikoüberwachung,
- der Dokumentation und Darlegung der kRM-Aktivitäten,
- Verbesserungs- und Fortbildungsbedarf sowie
- erkannten klinischen Risikoschwerpunkten.

Der Fragebogen wurde einem ausführlichen Vortest unterzogen, an dem elf Krankenhäuser aller Größen und Versorgungsstufen sowie neun Experten auf dem Gebiet der Patientensicherheitsforschung und des kRM teilnahmen und so ihre Anregungen einbringen konnten. Die Publikation der von vielen mit großem Interesse erwarteten Befragungsergebnisse ist für das dritte Quartal 2010 geplant.

Dr. Jörg Lauterberg, Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, Stiftsplatz 12, 53111 Bonn, E-Mail: info@aktionsbueundnis-patientensicherheit.de ■