



DGVP Deutsche Gesellschaft für
Versicherte und Patienten e.V.

Gesundheitspolitik aus Patientensicht

hart

Der Informationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.

Editorial



Wolfram-Arnim Candidus
Präsident der DGVP

Die Reform braucht Pflege

Nach dem neuen Gesetzentwurf wird die Pflege inhumaner und menschenunwürdiger.

1. Pflegestützpunkte unter Regie oder außerhalb der gesetzlichen Kassen sind Geldverschwendung.

2. Zusätzliche Pflegeberater sind unnötig. Bestehende Einrichtungen bieten exzellente Informationen und Ressourcen. Kommt das Gesetz, werden Pflege und Patienten von zwei Seiten durch Sparkommissare eingeklemmt: durch den Pflegeberater und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Das Geld für Berater fehlt dann für die effektive Pflege. Wir empfehlen:

1. Intensive, koordinierte Zusammenarbeit der Institutionen und angemessene Vergütung für ambulante Pflegedienste.

2. Systematische Unterstützung der Pflege bei Qualitätssicherung, Prozessmanagement und Personalführung.

Wir brauchen mehr Transparenz bei den Leistungen der Einrichtungen. Kontrolle ist wichtig, reicht aber nicht aus: Nicht der bestkontrollierte Pflegedienst bringt die beste Leistung, sondern der motivierte, der nicht von Bürokratie beengt ist.

Lassen Sie uns gegen den Gesetzentwurf mobil machen. Gemeinsam sind wir stark.

W. Candidus

Pflegereform:

Mehr Leistungen – aber die Finanzen fehlen

Die Pflegereform ist beschlossen – zumindest vom Bundeskabinett. Wenn alle politischen Hürden genommen werden, wird die Reform zum 1. Juli 2008 in Kraft treten. Doch die alten Mängel bleiben. Verbände und Fachleute laufen Sturm: halbherzig, unterfinanziert, die Betroffenen haben das Nachsehen.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) klopft sich in diesen Tagen gern selbst auf die Schulter. Die Reform sei ein „wegweisender Schritt von teils menschenunwürdigen Zuständen hin zu einer humaneren Pflege“. Sie komme allen zugute, denen „die Pflege ihrer Angehörigen eine Herzenssache sei“, so die Bundesgesundheitsministerin. Sie geht davon aus, dass sich „Pflege finanziell auch lohnt“. Aber: Da das Geld nicht auf den Bäumen wachse,



Ulla Schmidt
Bundesgesundheitsministerin

müsse das Leistungsplus bezahlt werden. Das täten sicher auch viele Rentner gern, die Ministerin sehe darin kein Problem. Der Jubelschrei lässt auf sich warten. Der ehemalige Chef des Marburger Bundes,

Dr. Frank Ulrich Montgomery, spricht von einer „ideologiebehafteten Alibimaßnahme“. Für den Bündnis-Grünen-Chef Reinhard Bütikofer ist das Papier ein „Flickwerk und eine grandiose Selbstbeweihräucherung“ der Ministerin. „Die Patienten

Fortsetzung auf Seite 2

Inhalt

	Titelthema Pflegereform
3	Aktuelle Meldungen
4	Gesundheitspolitik
6	Die DGVP informiert
8	Arzneimittel Rabattverträge im Gegenwind
10	Arzneimittel- sicherheit

12	Gesundheit & Alter Für ungestörte Arzt-Patienten Beziehung
13	Die Verlierer der Reform
14	Patientenratgeber Behandlungsfehler
16	Patientenrechte „Patientenrechte sind Menschenrechte“
17	Ärzte Neue Ärzte braucht

	das Land
19	DGVP aktiv
20	Krankenhäuser Vernetzt in die Zukunft
22	Gesundheitskarte Schnüffeln im Dienste der Gesundheit
24	Wissen Impressum

Fortsetzung von Seite 1

müssen sich weiterhin damit herumschlagen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen sie möglichst gesund rechnet und die Pflegekassen die Zahlung von Leistungen verweigern, um zu sparen“, kritisiert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten, Wolf-ram-Arnim Candidus.

Auch Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt lässt kein gutes Haar an dem Papier. Die Finanzprobleme der Pflegeversicherung bleiben ungelöst, so Hundt.

„Wir sind froh, dass überhaupt was passiert“, zeigt sich Walter Hirrlinger, Präsident des Sozialverbandes VdK, wenigstens in Ansätzen zufrieden. Aus gutem Grund: Bis zum Jahr 2020 steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen von derzeit 2,13 Millionen auf 2,8 Millionen an. Die Zeit dränge.

Was ändert sich nun?

Die ambulante Versorgung wird gestärkt.

Wohnortnah, besser abgestimmt und vernetzt soll die Pflege sein. Geschaffen werden dafür so genannte Pflegestützpunkte. Dafür gibt es eine Anschubfinanzierung. Fallmanager sollen sich um die Pflegenden und Angehörigen sorgen. Gefördert werden betreute Wohnformen und Wohngemeinschaften.

Wer Angehörige pflegt, kann eine bis zu sechsmonatige unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit einer anschließenden Rückkehrmöglichkeit in Anspruch nehmen.

Ein bezahlter Pflegeurlaub von zehn Tagen scheiterte an der Union. Scharfe Kritik vom SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach. „Wie die Union das mit ihrem Familienbild vereinbaren will, ist mir schleierhaft“, wettet



Lauterbach. Seine Hoffnung ist, dass sich die CDU noch bewegen wird. Zweifel sind angesagt.

Die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung werden erhöht.

Bis 2012 steigen die ambulanten Sachleistungsbeträge für die Pflegestufe I von jetzt 348 Euro auf 450 Euro, in der Pflegestufe II von 921 Euro auf 1.100 Euro und in Pflegestufe III von 1.432 Euro auf 1.550 Euro. Angehoben wird auch das Pflegegeld. Geld gibt es erstmalig für Demenzzranke, die bisher völlig unberücksichtigt blieben. Ab 2015 sollen die Leistungen der Pflegeversicherung in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Doch ohne Anhebung des Beitragssatzes läuft gar nichts. Um 0,25 Prozentpunkte soll er steigen. Das führt zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro. Da die Reform erst ab Juli 2008 greift, sind dies für das kommende Jahr rund 1,3 Milliarden Euro. Mehrausgaben

sind aber schon jetzt programmiert. Beispielsweise durch die Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte, die Einführung einer Pflegezeit sowie die Anhebung der Vergütungssätze für häusliche Beratung bei Bezug von Pflegegeld. Rund 0,48 Milliarden Euro fehlen bereits im kommenden Jahr in der Pflegekasse, um dem Gesetz und dem Ansinnen der Bundesregierung gerecht zu werden. 2009 steigen die Mehrausgaben auf mehr als eine Milliarde Mark.

Die Qualität der Pflege soll verbessert werden – durch Transparenz und ein besseres Pflegemanagement.

Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen sind nach dem neuen Gesetz verpflichtet, verbindliche Standards für die Pflegequalität zu vereinbaren. Alle drei Jahre findet eine Qualitätsüberprüfung der 8.500 Alten- und 13.000 Pflegeeinrichtungen statt. Die Prüfberichte müssen in einer verständlichen Sprache verfasst werden. Insider

sind skeptisch. Nur alle drei Jahre eine Qualitätsüberprüfung, da ist schlechte Pflege in Einrichtungen weiter programmiert. Gegenwärtig sieht die Situation gar nicht rosig aus, wie kürzlich der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen berichtete. Ein Drittel der Bewohner mit Altersdemenz wird „nicht angemessen“ versorgt und jeder zehnte Heimbewohner weist einen „unangemessenen Pflegezustand“ auf. Die Betroffenen erhalten nicht ausreichend Flüssigkeit und auch die pflegerische sowie medikamentöse Versorgung lässt zu wünschen übrig. Und dabei liegt die derzeitige Prüfquote gerade einmal bei 18,5 Prozent.

Der Medizinische Dienst ist bei den Pflegeeinrichtungen nicht gern gesehen. Aus gutem Grund, wie ein Heimleiter berichtet: Da werde viel kritisiert und ange-mahnt, aber die Heime mit Lob-byarbeit oder auch Vorschlägen zu unterstützen, dafür gebe es

kein Angebot. Beispiel: Dekubitus. Nicht selten komme es vor, dass Bewohner nach einem Krankenhausaufenthalt mit einem so genannten Druckgeschwür entlassen werden. Studien besagen, dass 14 Prozent aller im Krankenhaus behandelten Patienten ein oder mehrere Druckgeschwüre verschiedener Schweregrade haben. Bei älteren Patienten steigt die Zahl oftmals auf 30 Prozent. „Wenn der Medizi-

nische Dienst den aus der Klinik frisch entlassenen Bewohner mit einem Dekubitus entdeckt, sind wir als Heim Schuld und nicht die Klinik“, berichtet der Heimleiter.

Auch beim Thema Ernährung wird nach Ansicht von Heimen nur nach Fakten agiert. So müssten Senioren, die nach dem Body Mass Index übergewichtig sind, auf Diät gesetzt werden, um den Vorgaben zu entsprechen.

„Das Verständnis bei den Angehörigen und auch bei uns ist dafür gleich Null“, so ein Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung. rbb

„Der Gesetzentwurf ver-säumt es, die Leistungs-fähigkeit bestehender Strukturen grundlegend zu verbessern...“

Wolfram-Armin Candidus

Bei Ablehnung zügig Widerspruch einlegen

Lehnt die Pflegeversicherung Anträge auf Pflegeleistungen ab, sollten die Pflegebedürftigen und deren Angehörige sich dagegen gezielt wehren. Der Versicherte sollte zügig Widerspruch einlegen.

Damit dieser bessere Erfolgsaus-sichten hat, sollte er begründet sein und mangelhafte Begutach-tungen des Medizinischen Dienstes darlegen.

Wichtig:

- Der Versicherte legt zunächst zur Fristwahrung Widerspruch gegen die Ablehnung der Pflegeleistungen durch den Medizi-nischen Dienst ein und fordert nach Paragraph 25 des Sozi-algesetzbuches X (SGB X) die Akteneinsicht in das Gutachten.
- Der Widerspruch kann auch in den Geschäftsstellen der Kassen mündlich erfolgen.
- Lehnt die Kasse dennoch erneut ab, kann innerhalb eines Monats Klage beim Sozialgericht einge-reicht werden.

Aktuelle Kurzmeldungen

• **Ab Januar 2008 gilt:** Chroniker können bei den Zuzahlungen von der halbierten Belastungsgrenze (1% statt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen) profitieren, wenn sie nachweisen, dass sie sich vor der Erkrankung über die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen haben beraten lassen. Die neue Regelung gilt für alle Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden, und alle Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden. rbb

• Die Bundesregierung hält eine **verpflichtende Einführung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten** zu Beginn des Jahres 2009 weiterhin für notwendig. Sie lehnt damit die Konzeption des Bundesrates ab, Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen von der Entscheidung über die Leistungsgewährung zu trennen. Damit dürfte die Intention der Länder, etablierte kommunale Strukturen zu erhalten, unterlaufen werden. rbb

• **Durch Innovationen können im Gesundheitsbereich bis 2037 viele Milliarden Euro eingespart werden** - 12,5 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Das ist das Ergebnis der Studie „Gesundheitsentwicklung in Deutschland bis 2037“ des Hamburgischen Welt-wirtschaftsinstituts (HWWI). Zentrales Element sind Effekte, die durch medizinische Innovationen auch im Alter zu erreichen sind. So kann die Gesundheit eines 60-Jährigen in 30 Jahren der eines heute 55-Jährigen entsprechen. rbb

• Die anteiligen **Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der medizinischen Hilfsmittel** sinken weiter. So machten diese 2006 nur noch 3,2 Prozent der Gesamtausgaben aus. Im ersten Vierteljahr 2007 gab es einen weiteren Rückgang um rund zwei Prozent. Dagegen werden die Herstellerpreise für Hilfsmittel aufgrund höherer Rohstoffpreise und Frachtkosten weiter steigen. Weitere Einsparungen sehen viele Experten als ökonomisch kaum effektiv aber medizinisch bedenklich. rbb

Gesundheitspolitik - Quo vadis?

2008 – das Jahr der offenen Baustellen

Hinterm Horizont geht's weiter..., heißt es in einem bekannten Lied. Das lässt sich gut auch auf die Ereignisse der Gesundheitspolitik der vergangenen Monate übertragen. Das Ende des Gesundheitsreform-Liedes dürfte wohl erst 2009 erklingen. Wenn nicht schon 2008 das Reformkonzert wegen falsch gestimmter Instrumente vorzeitig beendet wird. 2008 dürfte das Jahr der offenen Baustellen bleiben. Gesundheitspolitisch möglicherweise schon ein Jahr beginnender Wahlkämpfe.

Was steht an?

- **Das Präventionsgesetz** dürfte es noch schwerer haben als zuvor, die parlamentarischen Klippen zu umschiffen. Zu groß sind die Unterschiede allein innerhalb der großen Koalition. Mit „Präventionsräten“ auf Bundes- und Landesebene will die Politik Zugriff auf dreistellige Millionenbeträge aus den Sozialversicherungen behalten.

Ein finanzieller Beitrag von Bund, Ländern, Kommunen und der Arbeitslosenversicherung fehlt bisher völlig im Entwurf, den Ministerin Ulla Schmidt vehement verteidigt. Das Gesetz, das gegen Ende der letzten Legislaturperiode schon nahezu spruchreif vorlag und in der neuen politischen Konstellation nicht mehrheitsfähig war, dürfte so erneut Schiffbruch erleiden. Kritik gibt es auch inhaltlicher Art. Die Ärzteschaft moniert, dass die von den Kassen angebotenen Maßnahmen zur Verhaltensprävention vollkommen ausgenommen sind. Viele Forderungen des Sachverständigenrats sind bisher unberücksichtigt. Und die, um die es eigentlich geht, wurden bislang so gut wie gar nicht eingebunden – die Patienten.

- **Der Finanzausgleich** Hinter dem so genannten „Risikostrukturausgleich“ verbirgt sich das Zuweisungsmo-
dell, nach dem unter den Kassen künftig ein Finanzausgleich stattfinden soll, der unterschiedliche Ausgabenprofile aufgrund sozialer und krankheitsbedingt verschiedener Patientenstrukturen regeln soll.

Gleichzeitig verbirgt sich dahinter auch ein länderbezogener Finanztransfer, an dessen Regelung die gesamte Reform beinahe gescheitert wäre. Die Berechnungen sind nicht nur sehr kompliziert – es stehen auch noch ein wissenschaftliches Gutachten (laut Gesetz bis 31. März 2008) und Verfahrensvorschläge aus. Das Gutachten ist noch nicht einmal vergeben worden. Zudem betonen bereits jetzt Experten, dass ein neuer Risikostrukturausgleich ohne weitere Festlegungen im Rahmen von Rechtsverordnungen nicht umsetzbar ist. An diesem Sprengstoff brennt also bereits eine Lunte.

- **Die Beiträge der Kassen** setzen sich ab 2009 bei Start des Gesundheitsfonds aus dem bis dahin gesetzlich festgelegten einheitlichen Kassenbeitrag sowie einer möglichen Zusatzprämie der Kassen zusammen, die mit der Zuteilung aus dem Fonds nicht auskommen. Hier sind die nächsten „Kriegsschauplätze“. Die Vorschläge für einen einheitlichen Kassenbeitrag werden zwar spätestens im Herbst 2008 von einer Kommission vorgeschlagen. Dass sie so aber politisch umgesetzt werden, wird von vielen Insidern bezweifelt.



Während die SPD an einem möglichst hohen Kassenbeitrag interessiert ist, um ihrem Modell einer Bürgerversicherung möglichst nahe zu kommen, dürfte die Union ihrer Vorstellung von einer

Kopf- bzw. Gesundheitspauschale näher rücken wollen, indem der Beitrag möglichst niedrig wird. Die so eher zur Regel werdende Zusatzprämie, wäre dann quasi der Einstieg ins Unionsmodell.

Besonders fatale Auswirkungen wären für das AOK-System denkbar, wenn an der Fondslösung nicht noch Veränderungen vorgenommen würden. Gegenwärtig rechnet man dort damit, etwa 15 Euro Zusatzprämie pro Versicherten kalkulieren zu müssen. Damit fielen allerdings bei den meisten AOKn zu viele Mitglieder unter die Sozialklausel und wären damit von der Zuzahlung befreit.

Folge: Auch die Umlage auf die anderen Versicherten würde nicht bewirken, dass diese Kassen wirtschaftlich arbeiten könnten und somit pleite gingen. Der Schneeballeffekt würde damit ans ganze GKV-System weiter gehen.

Übrigens: Auch die Frage der demnächst möglichen Kassen-Insolvenz ist noch nicht eindeutig geregelt. Kürzliche Irritationen bei einer Gesundheitsministerkonferenz waren da wohl nur ein kleines Vorgeplänkel.

Das alles sind nur einige Baustellen für 2008. Gesundheitspolitisch wird's also ein spannendes Jahr. rbb



Merck Pharma GmbH

Chancen ergreifen - Zukunft gestalten.

Merck Pharma GmbH • Alsfelder Straße 17 • D-64289 Darmstadt • www.merck-pharma.de





Das Leben genießen und im Notfall den richtigen Rat bekommen – dafür setzt sich die DGVP ein.

Warum lohnt es sich, DGVP-Mitglied zu sein?

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) möchte alle Bürger dazu befähigen, eigenständig und gut informiert Entscheidungen zu treffen. DGVP Mitglieder können kostenlos Informationen zu allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens in der Geschäftsstelle anfordern.

Das Geschäftsstellenteam versucht sowohl telefonische Auskünfte zugeben, recherchiert aber auch gerne für die Mitglieder und sendet entsprechendes Informationsmaterial kostenlos per Post, Fax oder E-Mail zu. Jedes Mitglied der DGVP hat die Möglichkeit, einmal im Jahr einen kostenlosen, telefonischen Expertenrat einzuholen. Das Expertenteam der DGVP besteht aus: einem Zahnarzt, einem Rentenberater, einer Professorin für Augenheilkunde, einem Rechtsanwalt, der sich für die Patientenrechte einsetzt, einer Sozietät, die die Themen Behandlungsfehler und Arzthaftung betreut sowie einer gerichtlich zugelassenen Rentenberaterin auf dem Teilgebiet Pflegeversicherung. Alle Experten

arbeiten ehrenamtlich und extern für die DGVP. Auf Anfrage können diese Experten die Mitglieder auch in einem eventuellen Verfahren vertreten – dies gehört allerdings nicht zum Service der DGVP. Im vergangenen Jahr haben sich die Mitglieder der DGVP besonders häufig in drei Bereichen an die DGVP gewandt.

1. Leistungsverweigerung durch die Krankenkasse

Meist handelt es sich hierbei um Therapieformen oder Reha-Maßnahmen, bei denen sich die Kasse weigert, die Kosten zu übernehmen. Nicht immer kann die DGVP hier behilflich sein, aber in vielen Fällen weiß der auf Patientenrechte spezialisierte Experte guten Rat und kann den Mitgliedern durch seine telefo-

Mündige Patienten brauchen bessere Informationen

Information ist wesentliche Voraussetzung, damit der Bürger eigenverantwortliche Entscheidungen im Gesundheitssektor treffen kann. Dazu gehören qualifizierte Informationen über präventive Möglichkeiten, über Therapien und ihre Kosten einerseits sowie über die Qualität andererseits. Diesem Bedürfnis muss auch das Heilmittelwerbegesetz Rechnung tragen.

Hersteller von Pharmazeutika und Medizinprodukten sollten genauso wie Ärzte, Kliniken und andere Gesundheitsdienstleister Informationen über Arzneimittel, Medizinprodukte und Verfahren im Internet veröffentlichen dür-

fen. Dies sind Kernforderungen der BDI - Initiative „Vitale Gesellschaft“, der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit (DEUGE) und der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP). Mit einem gemeinsamen Plädoyer wurden diese Grundpositionen jetzt in Berlin bekräftigt.

Die freie Information über Nutzen und Kosten von Produkten und Therapien sollte besonders dort verstärkt werden, wo die gesetzliche Krankenversicherung nicht oder nur teilweise die Kosten erstattet. Der Patient sollte allgemein verständlich über die Kosten seiner Behandlung informiert werden,

um ein Bewusstsein für den Wert medizinischer Leistungen bzw. der Versicherungsleistungen zu entwickeln, aus dem heraus erst ein verantwortlicher Umgang mit den Ressourcen möglich wird. Und nicht zuletzt sollten die technischen Möglichkeiten schnell genutzt werden, damit der Bürger und Patient jederzeit Zugriff auf seine medizinischen Befunde und auf Therapie-vorschläge hat und diese mit Personen seines Vertrauens erörtern kann. Der eigenverantwortlich handelnde mündige Bürger müsse das Leitbild auch im Gesundheitssektor sein. Dabei werde er von Ärzten, Versicherungen, Patientenvertretern und Herstellern tatkräftig unterstützt.

rbb

nischen Ratschläge und Informationen helfen.

2. Einstufung in Pflegestufen

Sehr häufig erhalten Mitglieder nach Besuch des MDK zu niedrige Einstufungen in die Pflegestufen. In diesen Fällen kann die Pflegeexpertin der DGVP oft helfen: sie arbeitet die vorhandenen Unterlagen durch und findet unberücksichtigte Stellen, so dass der Pflegebedarf meist höher ausfällt und die Höherstufung gerechtfertigt wird. Grundsätzlich empfiehlt die DGVP sich beim Ausfüllen der Anträge helfen zu lassen: füllt man alles allein aus eigener Sicht aus, wird man häufig benachteiligt. Die Expertin kennt alle Aspekte und weiß, welche Formulierungen zum richtigen Ziel führen, ohne dass man im Antrag die Unwahrheit sagt.

3. Behandlungsfehler

Dieses Thema ist sehr schwierig und muss mit viel Sensibilität und

Sachverstand angegangen werden. Grundsätzlich rät die DGVP dazu, nicht sofort einen Anwalt einzuschalten, sondern zuerst eine eingehende medizinische Begutachtung anzustreben. Die DGVP versendet gerne entsprechende Informationen an Ihre Mitglieder und berät Interessenten. Trotzdem gehört zum Expertenteam auch eine Anwaltssozietät mit Schwerpunkt Arzthaftung und Behandlungsfehler – denn wenn der Verdacht auf Behandlungsfehler durch ein medizinisches Gutachten gestützt wird, sollte man sich vertrauensvoll an einen Anwalt wenden können.

Wie gehen Sie vor, wenn Sie einen Expertenrat wünschen?

Der Expertenrat steht nur den DGVP-Mitgliedern kostenfrei zur Verfügung. Der erste Schritt ist also, Mitglied zu werden. Senden Sie dann ausführliche Unterlagen und Dokumentationen zu Ihrem Fall zusammen mit einer kurzen

Darstellung Ihrer Fragen. Diese Unterlagen werden zusammen mit Ihrer Einwilligung zum Datenschutz an den entsprechenden Experten gesandt. Dieser wird sich zeitnah damit befassen und ruft Sie dann an, um Ihnen zu raten.

Wie können Sie Mitglied in der DGVP werden?

Informationsmaterial sowie ein Formular, um Ihre Mitgliedschaft direkt zu beantragen, finden Sie im Internet unter www.dgvp.de. Gerne können Sie aber auch unter 06252-942980 in der Geschäftsstelle anrufen – in der Zeit von 9:00 bis 15:00 beantworten Frau Rupp und Frau Kanzler gerne all Ihre Fragen und senden Ihnen Material zu. Rufen Sie zu einem anderen Zeitpunkt an, werden Sie in die Servicezentrale der DGVP durchgestellt und erhalten am nächsten Arbeitstag einen Rückruf vom Geschäftsstellenteam.

Katja Rupp

Im Interesse der Patienten - Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP)

Wir handeln als unabhängiger, überparteilicher und gemeinnütziger Patientenverband.



Unsere Leistungen für Sie:

- persönliche Beratung zur medizinischen und pflegerischen Versorgung
- verständliche Informationen zu Veränderungen im Gesundheitswesen
- breite Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Patienteninteressen
- Stellungnahme zu Gesetzen und Verordnungen
- Einflussnahme auf Politiker

Unsere Ziele:

- Patientenrechte im Gesundheitswesen stärken
- Gute Versorgung sichern
- Schutz des Patienten vor Leistungsabbau im Gesundheitswesen

Ihre Mitgliedschaft macht uns stark!

Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. • Postfach 1241 • 64630 Heppenheim
Tel. 06252 - 942 98-0 • Fax 06252 - 942 98-29 • E-Mail info@dgvp.de • Internet www.dgvp.de

Rabattverträge im Gegenwind

Rabattverträge für Arzneimittel sind die neue Geheimwaffe gegen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. So sieht es die Politik, die stolz auf erste deutliche Einsparungen im Arzneimittelbereich seit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) verweist. Wirksam scheint die Waffe also zu sein, aber was ist mit Nebenwirkungen, oder – im Geheimwaffen-Jargon – Kollateralschäden?



Immer andere Arzneimittel. Die Folgen der Rabattverträge sorgen bei vielen Patienten für Verunsicherung und Vertrauensverlust

Proteste aus Kreisen der Pharmaindustrie kamen nicht unerwartet, sie werden von Politik und Kassen geradezu als ein Erfolgszeichen angesehen. Doch auch die von der Wirtschaft vorgetragenen Argumente stimmen nachdenklich: Sie befürchten das Sterben kleiner und mittelständiger deutscher Unternehmen, eine Oligopolbildung mit später erneut steigenden Preisen und schließlich das Nachrücken von Billigstware aus dem fernen Ausland.

Einige Kassen befürchten darüber hinaus durchaus begründet, dass Rabattverträge andere vorhandene und bewährte Regulierungsinstrumente außer Kraft setzen. Die Bonus-Malus-Regelung wurde bereits aufgegeben, die Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Festbeträge stehen auf dem rechtlichen Prüfstand.

Offenbar politisch unerwarteter Gegenwind weht auch aus einer anderen Richtung: **Patientenvertreter melden erhebliche Bedenken gegen Rabattverträge an.**

Patienten nehmen Anstoß daran, dass manche Kassen Ärzten Prämien zahlen, wenn sie rabattierte Arzneimittel verordnen. Patienten sind nicht bereit, auf rabattierte Arzneimittel zu warten, wenn die Vertragsfirmen nicht im erforderlichen Umfang lieferfähig sind. Und schließlich befürchten Patientenvertreter, dass pharmazeutische Weiterentwicklungen durch die aktuellen Billigstrategien verhindert werden. Das wohl gravierendste Argument der Patientenvertreter ist aber die Zerstörung der Compliance. Compliance – die Mitwirkung des Patienten an seiner Therapie durch sorgfältige und regelmäßige Einnahme seiner Arzneimittel – ist wie eine äußerst empfindliche

Pflanze, sie muss gehegt und gepflegt werden, damit sie wachsen kann. Basis der Compliance ist zunächst das Vertrauen zum Arzt und dann – im Verlauf der Therapie – das Vertrauen in das verordnete Arzneimittel. Ein willkürlicher Wechsel des Arzneimittels beendet dieses aufgebaute Vertrauen.

» **DER WILLKÜRLICHE WECHSEL EINES ARZNEIMITTELS IRRITIERT PATIENTEN UND KANN DAS VERTRAUENSVERHÄLTNIS NACHHALTIG BELASTEN.** «

Noch mehr Zweifel wird erzeugt, wenn der Wechsel aus Preis- oder Rabattgründen erfolgt. Auch der Arzt verliert an Vertrauen, weil er ein gewohntes und bewährtes Arzneimittel wegnimmt und durch ein anderes, billigeres ersetzt.

Der Compliance werden so beide Wurzeln abgeschnitten, sie verkümmert. Die Mitwirkung des – jetzt misstrauischen – Patienten leidet, der Therapieerfolg bleibt aus, mit allen negativen Konsequenzen für die Behandlung. Betroffen sind insbesondere alte Patienten, die ihre Dauermedikation oft nach Farben und Formen sortiert haben und nun durch wechselnde Medikamente verunsichert werden.

Mangelnde Compliance ist das größte Problem der Arzneimitteltherapie. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass ca. 25% aller verordneten Arzneimittel nicht wie vorgesehen eingenommen werden. Es müsste alles dafür getan werden, die Compliance zu verbessern. Die Rabattverträge werden eher das Gegenteil bewirken!

rbb

Kosten senken – Erlöse erhöhen – Qualität steigern:

ORBIS ist das ganzheitliche klinische Prozesssteuerungssystem in einem nahtlosen Informationsfluss.

ORBIS von Agfa HealthCare ist die einzigartige Applikationslandschaft für das Gesundheitswesen mit bereits über 400.000 Anwendern täglich. Mit ORBIS sind Sie schon heute auf den Wandel bestens vorbereitet – hin zu übergreifenden Prozessabläufen mit Blick auf Klinische Behandlungspfade, Integrierte Versorgung und die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren. Nehmen auch Sie uns beim Wort und lassen Sie ORBIS zum Fundament Ihrer krankenhausweiten IT werden. Selbstverständlich mit Integration Ihrer bereits bestehenden Produkte. ORBIS. Ein System. Eine Philosophie. Ein Gesicht.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.agfa.de/healthcare

Patientensicherheit – viele Köche, doch wer kocht welchen Brei?

Mehr Patientensicherheit – wer würde da nicht freudig zustimmen. Kein Wunder, dass in diesen Tagen auch die Politik sich dieses Schlagworts bedient. In den Monaten vor der letzten Reform war ja vom Patienten eher weniger die Rede. Es sei denn, man sprach darüber, was er alles künftig noch zahlen muss.

Nachdem die Reformen die politischen Gremien passiert haben, steht also nun (vorübergehend?) wieder der Patient im Mittelpunkt ministerialer Betrachtungen. Aktuelles Beispiel: Der 2. Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie.

Ziel und Zweck der Veranstaltung ist es, Risiken und Schädigungen durch die Arzneimitteltherapie zu vermindern. Auf Einladung des Gesundheitsministeriums und mit wortkräftiger Unterstützung des Staatssekretärs Dr. Klaus Theo Schröder kam dann auch ein Aktionsprogramm zustande, das bei Umsetzung in den Jahren 2008 und 2009 sicherlich einen Meilenstein in Sachen Arzneimitteltherapie-Sicherheit (AMTS) bedeuten dürfte (siehe nebenstehenden Info-Kasten).

Doch wie ist es mit der wissenschaftlichen Basis der AMTS bestellt? In Deutschland fehlt sie, stellte schon der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in mehreren Jahresgutachten fest.

In der Einführung des 31-seitigen, vom Ministerium herausgegebenen, Aktionsplans ist lediglich davon die Rede, dass in Großbritannien und den USA durch „unerwünschte Arzneimittelergbnisse“ mehr Menschen sterben als im Straßenverkehr. Und: Es gebe keine Hinweise, dass zwischen den entwickelten Industrieländern gravierende länderspezifische Unterschiede bestehen.

Prof. Dr. med. Jürgen C. Frölich,



Experte für unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln, von der Medizinischen Hochschule Hannover beschäftigt sich bereits seit geraumer Zeit mit der Frage, wie häufig tödliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten und wie viele davon vermeidbar sind. In einem patientenorientierten „Persönlichen Medizinischen

Portal“ hat er dazu zahlreiche Lösungsansätze erarbeitet. Dennoch bezweifelt auch ein Fachmann wie Frölich die tatsächliche Aussagekraft der meistzitierten britischen und US-Studien zur AMTS.

Teils basierten sie auf einer Hochrechnung von 16 verschiedenen Studien mit stark abweichenden

Einzelergebnissen. Weiterhin traten 40 Prozent der Todesfälle nur in einer Studie auf, die danach überragende Bedeutung für das Endergebnis hatte, aber schon 1973 publiziert worden war. Frölich sieht einerseits die systematische Arbeit und die Fortschritte in der klinischen Pharmakologie bei

» **WIR MÜSSEN DEN WISSENSCHAFTLICHEN FORTSCHRITT ANS KRANKENBETT BEWEGEN...** «

PROF. JÜRGEN C. FRÖLICH

diesen Zahlen nicht hinreichend berücksichtigt. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei der Anwendung von Arzneimitteln habe sich zugunsten des Nutzens beträchtlich verändert. Andererseits plädiert und engagiert sich Frölich jedoch dafür, mit Hilfe der EDV ein System aufzubauen, das Patienten über sämtliche Medikamente, Wechselwirkungen, Besonderheiten bei speziellen Indikationen usw. über mögliche Risiken von Medikamenten und Therapien informiert. Das ständig aktualisierte System soll den Patienten stets auf Höhe des wissenschaftlichen Fortschritts halten.

Der Vorstoß des Ministeriums in

Sachen Arzneimitteltherapiesicherheit findet in der gesundheitspolitischen Szene zwar grundsätzliche Unterstützung. So ganz nehmen viele Akteure das plötzliche Engagement nicht ab, ohne weitere Hintergründe zu vermuten.

Die finden sich beispielsweise in der starken Verknüpfung, die Staatssekretär Dr. Schröder zu der keinesfalls unumstrittenen elektronischen Gesundheitskarte herstellt. Die Gesundheitskarte als Mittel gegen falsche Arzneimittelbehandlung ist wohl ein Thema, über das sich trefflich streiten lässt.

Ebenso vermuten viele Insider, dass hinter dem Engagement für AMTS auch der Versuch des Ministeriums stecken könnte, auf recht galante Art ein neues Arzneimittel-Sparprogramm aufzulegen, ohne dies jedoch so beim Namen nennen zu müssen. Klar, dass das Risiko bei neu auf den Markt gebrachten Medikamenten-Innovationen in der Regel größer ist, da langfristige Anwendungsbeobachtungen und Studien noch nicht möglich sind.

Manche Beobachter befürchten, dass interessierte politische Kreise hier einen offenbar krampfhaft gesuchten Mechanismus ansetzen wollen, Hürden für teure neue Arzneimittel aufzustellen. rbb

Aktionsplan zu mehr Sicherheit

Das „Aktionsbündnis Arzneimittel-sicherheit“ einigte sich für die Jahre 2008-2009 auf folgenden Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit:

- 1** Etablierung einer besseren Sicherheitskultur für die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in den Fachkreisen unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten,
- 2** Verbesserung der Informationen über Arzneimittel,
- 3** Schwerpunktorientierte Entwicklung und Einsatz von Strategien zur Risikovermeidung bei der Anwendung von Arzneimitteln,
- 4** Förderung der Forschung auf dem Gebiet der AMTS und
- 5** Organisation eines kontinuierlichen Prozesses zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplanes.

Blockiert die Politik ein Verfahren, das Leben retten kann?

Immer wieder kommt es zu Schlagzeilen, bei denen Schäden aufgrund einer Arzneimitteltherapie auftreten, deren Zulassung nicht vorliegt oder zumindest umstritten ist. Besonderes Aufsehen erregten so vor einigen Wochen ein plötzlicher Babytod im Uni-Klinikum Essen sowie der Tod eines vierjährigen Jungen im Wilhelmstift Hamburg. In beiden Fällen spielten Infusionen eine Rolle: Speziell eine Vollelektrolytlösung mit 1 Prozent Glukoseszusatz, die in Deutschland nicht als Fertigprodukt verfügbar ist und

deshalb in der Klinik aufwändig und nicht ohne Risiko gemischt werden muss. Um diesen Missstand zu beheben, wurde bereits vor Monaten von Spezialisten der Medizinischen Hochschule Hannover beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine so genannte „Standardzulassung“ beantragt. Damit könnten Unternehmen dann das normierte Produkt herstellen, ohne die aufwändige Einzelzulassung beantragen zu müssen. Hier beginnt die Krux oder vielleicht sogar ein Skandal.

Nach konstruktiver Annahme hat das BfArM die Standardzulassung bisher nicht betrieben, das Gesundheitsministerium hüllt sich in der Sache in Schweigen. Ein Insider: „Ich habe die Befürchtung, dass das Ministerium den Kurs verfolgt, zugunsten einer Einzelzulassung das Instrument Standardzulassung langsam zu begraben. Deren wirtschaftlichen Vorteil hätte dann nur das einzelne Unternehmen, das diese beantragt“. Wer sieht und zieht hier sonst noch Vorteile? Die Patienten jedenfalls nicht. rbb

Graue Panther verlangen ungestörte Arzt-Patienten-Beziehung

Fünf Thesen zur Wende in der Gesundheitspolitik sind heute gültiger denn je

Die Gesellschaft hat sich verändert. Es wird in Zukunft immer mehr alte Menschen geben – eine demografische Tatsache, aus der die unterschiedlichsten Schlüsse gezogen werden. Bereits im Jahre 1999 entwickelten die Grauen Panther, die sich für die Älteren verantwortlich fühlen, Thesen zur Wende in der Gesundheitspolitik. Sie sind aktueller denn je.

Forderung der Grauen Panther: Das Gesundheitssystem muss vom Kopf auf die Füße gestellt werden – „von der Diktatur staatlicher Entscheidungen zur Demokratie mündiger Patienten und Ärzte verändert werden“. Konkret verlangen die Grauen Panther:

1 Es soll nicht Krankheit betreut, sondern Lebensqualität gefördert werden.

Erwartet wird ein Ausstieg aus der Finanzierung von Ansprüchen, die durch Krankheits-Dramatik ansteigen – wie Sozialansprüche oder alltägliche Vergünstigungen. Wir wollen nicht die mit Krankheitsgewinnen bezahlte Ausgrenzung des Einzelnen oder von Gruppen, sondern Integration ins alltägliche Leben, heißt es bei den Grauen Panther. Chronische Krankheiten können nicht beseitigt werden, aber die Lebensqualität des Einzelnen muss gefördert und finanziell unterstützt werden. So soll beispielsweise die Hilfe zur Krankheitsbewältigung an vorderster Stelle bei der medizinischen und pflegerischen Betreuung stehen. Ziel der zur Selbsthilfe initiierten Bewältigungsprogramme ist die weitestgehende Teilnahme am Leben und an der Verantwortung – jedoch mit der Akzeptanz krankheitsbedingter Einschränkungen.

2 Case Management als Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient.

Patient oder Patientin müssen die Freiheit haben, einen Vertrauensarzt zu wählen, der zugleich Case-Manager für ihn wird und das Vertrauen

der Krankenkassen genießt, fordern die Grauen Panther. Patient und Case-Manager beschließen gemeinsam angemessene Maßnahmen, die zu einem von beiden Seiten zu erarbeitenden realistischen Erfolg führen und die Lebensqualität fördern. Notwendige Voraussetzung ist die Therapiefreiheit für Patient und Arzt.

3 Der Staat muss raus aus der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt.

Die Grauen Panther sehen den Erfolg nur in einer ungestörten Arzt-Patienten-Beziehung (Case-Management), die Veränderungen von unten nach oben erreicht. Staatliche und halbstaatliche Organisationen und Maßnahmen, die z.B. durch Budgetierungen oder Kontrollmaßnahmen eine Veränderung von oben nach unten erreichen wollen, haben bisher nichts erreicht und werden auch in Zukunft nichts Positives im Sinne aller Beteiligten erreichen.

Staatliche oder halbstaatliche Maßnahmen erzeugen nur überflüssigen Kontroll- und Verwaltungsaufwand.

4 Gesamtwirtschaftliche Finanzierung ist notwendig.

Die Wirtschaftlichkeit dieses Systems muss gesamtwirtschaftlich ermittelt werden, ungeachtet des zurzeit bestehenden Sozialversicherungswesens, so das Ziel der Grauen Panther.

Natürlich ergeben sich für die einzelnen Kostenträger durchaus sinnvolle Maßnahmen, Veränderungen umzusetzen. Doch oft kann der zahlende Kostenträger nicht auch

den Nutzen für sich verbuchen, den er durch diese Maßnahmen durchaus erzielt – z.B. können Krankenkassenleistungen zu Einsparungen in der Renten-, Arbeitslosen- oder Pflegeversicherung führen, wie auch zu Entlastungen bei der Sozialhilfe oder der Arbeitgeber-Fortzahlung, ohne dass die Krankenkassen wiederum Vorteile davon haben. Dies wiederum verhindert in vielen Fällen notwendige Reformen und Neuorientierungen.

5 Qualitätszirkel sichern die Qualität und Finanzierung der Gesundheitspolitik.

Die Qualität soll anhand von Einzelfall-Supervisionen (Balint-Gruppen) in Qualitätszirkeln vor Ort unter Beteiligung aller überprüft, gesichert und gesteigert werden. PatientenvertreterInnen, qualifizierte Repräsentanten der Pharmaindustrie und der Krankenkassen sowie der Ärzteverbände nehmen an diesen Qualitätszirkeln teil.

Diagnose, Therapie und Pflege sollen für erreichbare Ziele eingesetzt werden. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind davon überzeugt, dass mit einem veränderten, oben in fünf Thesen skizzierten Gesundheitssystem, wieder Lebensqualität für alle zu schaffen ist. Die dann überflüssigen Verwaltungs- und Kontrollmaßnahmen werden Einsparungen in Milliarden-Höhe ergeben und damit Finanzmittel freisetzen, die für die Gesundheit und die Integration aller an diesem Gesundheitssystem Beteiligten eingesetzt werden können.

Wer alt, behindert oder chronisch krank ist, hat durch die Gesundheitsreform verloren

Die Gesundheitsreform heißt für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen vor allem eins: mehr Geld ausgeben und Einschnitte in der medizinischen Betreuung.

Das hat jetzt eine aktuelle Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation (kurz: BAGSO) unter Betroffenen ergeben. Befragt wurden vom Institut für Soziale Infrastruktur 1664 Menschen, die 60 Jahre und älter waren.

Mehr als 40 Prozent der älteren Menschen in Deutschland fühlen sich durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile „stark belastet“. Besonders betroffen sind die Seniorinnen und Senioren in den neuen Bundesländern (47 Prozent) sowie ältere Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen (50 Prozent). Viele der Befragten weisen darauf hin, dass sie die zusätzlichen Ausgaben an anderer Stelle einsparen müssen. Andere verzichten sogar auf notwendige Arztbesuche, Behandlungen, Medikamente oder Hilfsmittel. „Maßnahmen zur sozialen Abfederung greifen offensichtlich zu kurz“, so die Bewertung von BAGSO-Geschäftsführer Dr. Guido Klumpp.

Mehr zahlen für weniger Leistung

Der Rentner zahlt zu, bekommt aber seit Jahren keine wirkliche Rentenerhöhung, heißt es von vielen Seniorenverbänden. Zudem gebe es keine Rücksicht auf die einzelnen Patienten. Beispiel Medikamentenversorgung: Aus Kostengründen verschreiben die Mediziner nicht mehr von den Betroffenen gut verträgliche Medikamente und greifen dafür zu einer preiswerten Alternative. Aufgrund der mit zahlreichen Krankenkassen abgeschlossenen Rabattverträgen, die nur bestimm-

te Arzneimittel für verschiedenste Erkrankungen vorschreiben, müssten die Patienten sich noch tagelang vertrösten lassen, bis in der Apotheke das Mittel endlich vorrätig ist. „Das begreift doch kein Mensch“, schimpft die Berlinerin Christa Mül-ler, die chronisch krank ist. Beispiel Heil- und Hilfsmittel: Vor allem Angehörige von Behinderten hatten mit der Gesundheitsreform gehofft, dass sich die Situation zugunsten der Betroffenen verändert.



Vier Jahre, berichtet die Mutter eines behinderten Mannes, musste ihr Sohn für das Behindertenfahrrad kämpfen, das zweite musste sie sich allein kaufen, weil die Kasse sich strikt weigerte. Kostenpunkt: 3.200 Euro.

Kritisiert wurde immer die Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die niedergelassenen Ärzte hätten zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten. Ältere Menschen mit Behinderungen bemängelten zudem die unzureichende Barrierefreiheit in den Arztpraxen. Wer mit einem Rollstuhl in die Praxis will, kann

nicht jeden Arzt wählen, weil Rampe oder auch Fahrstuhl schlichtweg nicht vorhanden sind. Verständigungsprobleme haben nicht nur hörbehinderte Menschen, sondern auch ältere Migranten, was nach Einschätzung der Betroffenen häufig zu einer Schlechtersorgung führt.

Erfreulich ist die hohe Teilnahme älterer Menschen an Vorsorgemaßnahmen: Immerhin 70 Prozent der über 60-Jährigen geht nach eigenen Angaben regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen. Hingegen haben viele den Eindruck, dass notwendige Reha-Maßnahmen aufgrund des Lebensalters nicht genehmigt werden.

Verbesserungsbedürftig scheint vielen auch die gesundheitliche Versorgung in Pflegeheimen. Die Befragten bemängelten, dass zu wenige Ärzte ihre Patienten weiter betreuen, wenn diese in ein Heim umziehen. Gerade in den neuen Bundesländern sind Hausärzte bereits kaum zu finden. „Wir betteln jeden Allgemeinarzt regelrecht an, dass er unsere Patienten medizinisch versorgt“, sagt ein Heimleiter aus Dessau, das in Sachsen-Anhalt liegt.

Eine Änderung der Situation bei den fehlenden Ärzten ist nicht in Sicht. Verzweifelt ringen Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und auch Ministerien darum, mehr Mediziner vor allem in die ländlichen Regionen zu locken. „Was tun, das wissen wir auch nicht“, sagt ein Mitarbeiter der Landesärztekammer in Sachsen-Anhalt.

Und auch in den finanziellen Auswirkungen für die medizinische Betreuung alter, chronisch kranker und behinderter Menschen wird sich nichts tun. Krankenkassen und Gesundheitsministerium lassen kaum einen Termin aus, um die Gesundheitsreform zu loben. Alles bestens – heißt es. Das Nachsehen haben die Betroffenen. rbb

Ein Tabu wird gebrochen

Behandlungsfehler

Falsche Seite operiert, nicht richtiges Medikament verabreicht, Komplikationen während der Operation – fast jeden Tag kommen Behandlungsfehler in deutschen Kliniken in die Öffentlichkeit.

Neuester Skandal: Ein vier-jähriges Mädchen, bei dem die Ärzte einen Tumor an den Bronchien feststellten, fällt nach einer Routinebehandlung ins Wachkoma. Für eine Computertomografie unter Narkose müsse kurz der Atem angehalten werden. Das Mädchen, so heißt es später, ist bei der Untersuchung fast erstickt und wurde reanimiert. Die Eltern kämpfen fast ein Jahr verzweifelt darum, ihr Kind sterben zu lassen. Ein Gericht in Hamm hat den Eltern dies jetzt erstmals erlaubt.

Alle Menschen machen Fehler, auch Ärzte in Weiß. Der aktuelle Forschungsbericht des aus Krankenkassenvertretern, Ärzten und Patienten bestehenden Aktionsbündnisses für Patientensicherheit spricht von bis zu 17.000 Patienten in Krankenhäusern, die sterben, weil irgendjemand einen Fehler begeht, falsch behandelt, nicht sorgfältig genug arbeitet oder einfach schlampt. Eine vielfach höhere Dunkelziffer befürchtet das Aktionsbündnis bei Fehlern während der Therapie in Krankenhäusern.

Darüber reden bzw. diese zu zugeben, das ist unter dem medizinischen Personal unpopulär. Prestigeverlust für Arzt und Klinik, Ärger mit der Haftpflichtversicherung oder sogar Entzug der Zulassung sind die Konsequenzen. Selbst wenn Pflegekräfte darüber berichten wollen, werden sie von den Ärzten noch verdonnert, kein Wort darüber zu verlieren. „Wenn nichts klappt, auf jeden Fall aber die Hierarchie im Krankenhaus“, sagt ein angehender Arzt.

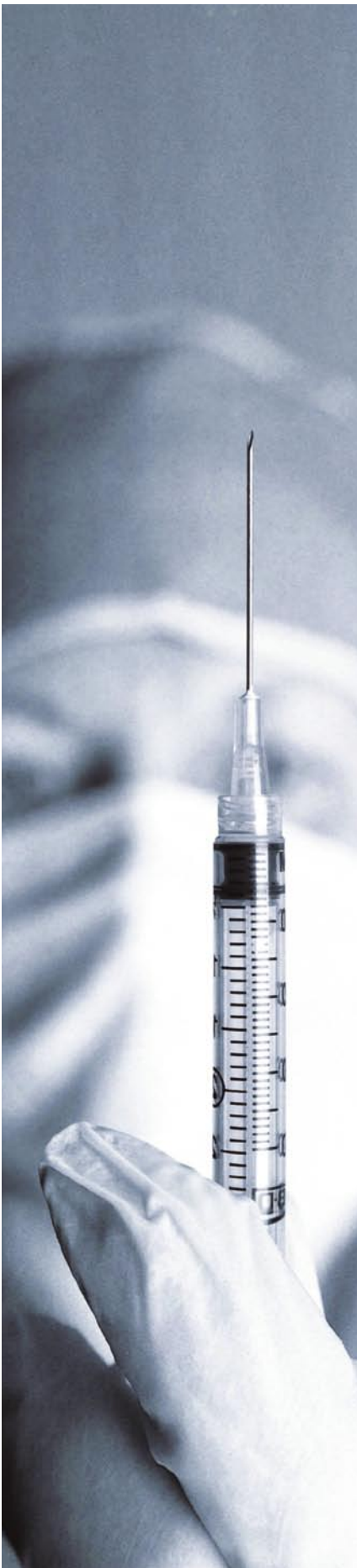
Diese Verfahrensweise aufzubrechen, ist für die Kliniken eine heikle Geschichte. Denn kommt ein Fehler erstmal ans Licht, dann bleiben in der Regel auch die Patienten weg, so vermuten es derzeit noch viele Ärzte und auch Verwaltungschefs.

Doch die ersten Krankenhäuser gehen neue Wege – wie das St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin. Im August dieses Jahres ist die katholische Klinik in die Schlagzeilen geraten. Bekannt wurde, dass 47 Patienten innerhalb eines Jahres statt einer zementfreien eine zementpflichtige Prothese erhalten haben.

Der Aufschrei in der Öffentlichkeit war groß. Doch Positives wurde auch registriert. Denn zu diesem Zeitpunkt hatte das Krankenhaus schon seinen wichtigsten Teil zur Aufklärung beigetragen: Die betroffenen Patienten waren bereits alle informiert, und auch darüber, dass sämtlich bestehenden Ansprüche über das Krankenhaus bzw. den Haftpflichtversicherer reguliert werden.

Ohne die Ursache zu verschleiern, hatte das Krisenmanagement in diesem Fall funktioniert. Die wichtigsten Kunden des Krankenhauses, die Patienten, haben nicht aus den Zeitungen erfahren, wie es um sie stand. Im Gegenteil, viele von ihnen waren auf eine erneute Behandlung, den Austausch der Knieprothese, gut vorbereitet und wurden umfassend betreut.

Erst nachdem dieser Part erfüllt war, informierte die Klinik Krankenkassen, Aufsichtsbehörde und diese Einrichtungen wiederum



gaben diese Erkenntnis wohl an die Medien weiter.

Aus anderen Kliniken wurde diese Vorgehensweise interessiert verfolgt. Von vielen Krankenhausärzten und auch Verwaltungschefs war dennoch zu hören: Das tun wir uns nicht an, da ist das Tuch des Schweigens für uns einfacher. Auch das St. Hedwig-Krankenhaus, so hieß es in den Medien, hatte diesen Weg diskutiert. Doch die Verantwortung gegenüber den Patienten sei ausschlaggebend gewesen, berichtete die Geschäftsführung.

Was fehlt – auch in diesem Fall – ist offenbar aber ein gut funktionierendes Risikomanagement. Im Berliner Skandal sei das Vertauschen der Prothese aufgrund von falscher Beschriftung geschehen. Menschliches Versagen sei nicht festgestellt worden. Eine Analyse findet derzeit in dem Haus statt.

Das Unglück hätte sich vielleicht mit bestimmten Vorgehensweisen verhindern lassen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit schlägt Maßnahmen vor, die für chirurgische Operationen gelten sollen.



Der Patient wird im Rahmen der ärztlichen Aufklärung zu seiner Identität und zu seinem geplanten Eingriff befragt. Die Operationsstelle wird am Körper des Patienten mit einem nicht abwaschbaren Stift markiert. An der Schwelle zum Operationssaal findet eine erneute Kontrolle zur Patientenidentität statt. Zum Schluss macht das OP-Team einen Sicherheitscheck.

„Zu verhindern, dass das Undenkbare geschieht, dies ist das Ziel dieser Maßnahmen, die ähnlich auch in anderen Bereichen eingesetzt werden, in denen eine hohe Sicherheit vorausgesetzt wird“, sagt Prof. Dr. Matthias Schrappe, Vorsitzender des Aktionsbündnisses. Sie helfen auch, die Wahrscheinlichkeit zu vermindern, dass eine Verkettung unglücklicher Umstände eintritt.

Die Verfahren sind in den USA, Großbritannien und Australien schon allgemeine Standards. Entscheidend ist dabei, die Kultur des Umgangs mit Fehlern auch zu modernisieren. Kliniken scheuen sich immer noch, Pannen oder Beinahe-Unfälle systematisch zu erfassen und zu bewerten. Zwar gibt es anonyme Programme, die jedoch von den Klinikmedizinerinnen nur sporadisch genutzt werden.

„Was nützt mir, wenn ich einen Fehler irgendwo melde und weiß nicht, was daraus wird“, sagt ein junger Urologe. Für ihn sei wichtig, dass mit der Meldung eines Fehlers auch kein Nachteil entsteht. „Im Krankenhaus wird doch sofort der Schuldige gesucht“, kritisiert der Arzt. Was in vielen Kliniken fehlt, so die Einschätzung von Experten, ist eine gute Kommunikation. rbb

Orthopäden und Hausärzte verursachen die meisten Behandlungsfehler

Gut ein Viertel aller vermuteten Behandlungsfehler werden durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bewertet. Dort laufen auch jene Vorkommnisse auf, die Patienten den Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen melden.

Glaut man der Statistik der Ärztekammern, so ist die Zahl der gestellten Anträge auf Schadensersatz rückläufig. Im Jahre 2005 waren es 10482 Anträge, ein Jahr später 202 weniger. Die häufigsten Vorwürfe richten sich danach auf Operationen, danach kommen Therapien nach einem medizinischen Eingriff. Zweifel an der Diagnose stehen an dritter Stelle, gefolgt von der mangelnden Aufklärung und dem nicht genannten Risiko bei der Therapie. Die Ärztekammern haben auch die Fachgebiete der Antragsgegner bewertet.

Danach stehen im ambulant tätigen Bereich die Hausärzte an erster Stelle bei Beschwerden, gefolgt von Orthopädischen Chirurgen, Chirurgen und Frauenärzten. Schlusslicht bilden die niedergelassenen Urologen. In Kliniken sind vor allem unfallchirurgische Orthopäden, Allgemein- und Orthopädische Chirurgen sowie Frauenärzte in der Kritik von Patienten.

Zu den häufigsten fehlbehandelten Krankheiten gehören im stationären Bereich die Hüftgelenkarthrose, Unterschenkel- und Sprunggelenkfraktur, der Oberschenkelbruch sowie Gallensteinleiden.

Im ambulanten Bereich sind die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten der Brustkrebs, das Karpaltunnelsyndrom – eine krankhafte Einengung von Nerven im Bereich der Handwurzel –, die Unterarmfraktur sowie Rückenschmerzen.



„Patientenrechte sind Menschenrechte“

Patientenschutz und Patientenrechte sind in den Fokus der gesetzlichen Krankenkassen geraten. Insbesondere die Ortskrankenkassen mit immerhin etwa 25 Millionen Versicherten haben sich dieses Thema auf die Fahnen geschrieben.

Wir wollen Motor sein, um Patientenschutz und Patientenrechte in Deutschland zu erhöhen. Aus meiner Sicht sind Patientenrechte Menschenrechte“, kündigt AOK-Chef Dr. Hans Jürgen Ahrens vollmundig an.

Einen umfangreichen Forderungskatalog stellte der AOK-Bundesverband dazu im Rahmen der Reihe „AOK im Dialog“ am 6.9.2007 in Berlin vor: Mehr Transparenz, mehr Qualität und Sicherheit, mehr Einfluss für Patienten und mehr Wirtschaftlichkeit sind die Leitthemen. Einen Teil dieser Forderungen kann man blind unterschreiben. Wer wünscht sich nicht mehr Transparenz im Dschungel unseres Gesundheitssystems? Oder das Entstehen einer neuen „Fehlerkultur“, die Mängel nicht zu vertuschen versucht, sondern offen diskutiert?

Solche wünschenswerten Eigenschaften brauchen Zeit sich zu entwickeln, und alle Beteiligten sind

aufgerufen, sich aktiv dafür einzusetzen. Andere Forderungen der Kassen sind zu relativieren.

„ PATIENTEN HABEN EIN RECHT AUF INDIVIDUELLE BEHANDLUNG. “

WOLFRAM-ARMIN CANDIDUS

Therapien und Patienteninformationen auf Basis evidenzbasierter Studien sind gut, solange darüber nicht der Blick verstellt wird auf weite Teile der Medizin, die sich nicht evidenzbasieren lassen.

Auch hat die Wirklichkeit manche Forderung bereits eingeholt, denn ganz so schlecht sind die Rechtslage und die Sicherheit der Patienten in Deutschland aktuell nicht:

Die GKV-Versicherten – immerhin rund 90% der deutschen Bevölkerung – haben einen Rechtsanspruch auf einen umfangreichen medizinischen Leistungskatalog, der international seinesgleichen sucht. Die eigene Entscheidung des

Patienten hat hohen Rang:

Ein ärztlicher Eingriff, dem der Patient nicht ausdrücklich zustimmt, wird in der Rechtsprechung durchgehend als Körperverletzung gewertet. Dem Arzt obliegen umfangreiche Aufklärungs- und Dokumentationspflichten; kommt er diesen nicht nach, fällt ihm eine kaum noch zu leistende Beweislast über die Richtigkeit seiner Entscheidungen zu. Im Falle eines Behandlungsfehlers stehen dem Patienten vorgerichtlich die kompetenten Gremien der Ärztekammern offen, die keinesfalls dafür bekannt sind, ärztliche Kollegen zu verschonen. Gleiches gilt auch für medizinische Gutachter bei den Gerichten. Das Ganze wird beobachtet und berichtet von einer äußerst ärztekritischen Presse.

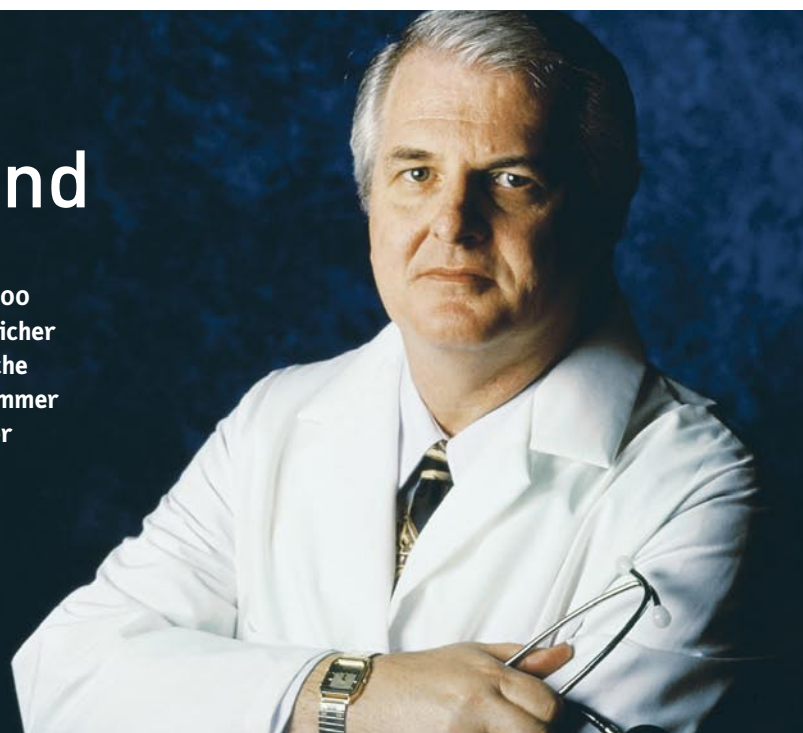
Es bleibt also die Frage offen, warum etablierte Krankenkassen gerade jetzt auf einmal unisono ihre Sorge für die Rechte des Patienten entdecken und derart pointiert artikulieren. Den Grund lieferte wohl das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), das den Krankenkassen einen für sie bisher ungewohnten Wettbewerb verordnete. In dieser Situation besinnen sie sich auf Qualitäten, die z.B. in der Industrie längst zum Standard gehören, sich z.B. für die Bedürfnisse ihrer Kunden zu interessieren. Dass dabei reflexartig gleich nach dem Gesetzgeber gerufen wird, um „Rechte und Pflichten sowohl der Ärzte als auch der Patienten im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festzuschreiben“ (Ahrens) entspricht der GKV-Tradition.

Gelassenheit ist angesagt. Es ist gut, Rechte und Sicherheit des Patienten stets im Blick zu behalten. Ein neuer Gesetzeskatalog – wie von der AOK vorgeschlagen – würde aber wohl nicht automatisch mehr Rechte und Sicherheit bringen, jedenfalls doch mehr Bürokratie – zu Lasten der Zeit für den Patienten!

rbb

Neue Ärzte braucht das Land

Die Zahlen sind dramatisch: Bis 2012 werden 41.000 Ärzte in den Ruhestand gehen. Ausreichend ärztlicher Nachwuchs ist nicht in Sicht, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK). Besonders prekär sieht die Situation in der ambulanten hausärztlichen Versorgung aus.



Rund 15.000 Hausärzte geben in den nächsten fünf Jahren aus Altersgründen ihre Praxis auf. Versorgungsengpässe gibt es bereits jetzt in den neuen Bundesländern, doch auch in Unterfranken oder Norddeutschland müssen Patienten lange Wege in Kauf nehmen, um einen Hausarzt zu finden. So fehlen in Niedersachsen 186 Hausärzte.

In Mecklenburg-Vorpommern liegt die Zahl weitaus höher. In drei Jahren rechnet die dortige Kassenärztliche Vereinigung mit etwa 450 Hausärzten, die die Patienten für eine optimale medizinische Betreuung dringend brauchen.

Wenig Anreize für junge Ärzte

Dabei liegt die Zahl der Medizinabsolventen seit 2002 bei knapp 9.000. Doch die jungen Ärzte haben mit der medizinischen Versorgung nichts am Hut. „Schlechte Arbeitsbedingungen, niedrige Entlohnung, unakzeptable Arbeitszeiten“, führt Alexandra Schilling, Sprecherin des Marburger Bundes, einige Gründe an, warum die Ärzte lieber ins Ausland gehen oder alternative Berufs-

felder wählen, wie Referenten in der Pharmaindustrie oder Unternehmensberater.

BÄK-Chef Prof. Jörg-Dietrich Hoppe sieht nur einen Schuldigen für die Misere: die Bundesregierung. Die ärztliche Selbstverwaltung, so Hoppe, könne nicht allein entgegenwirken, sondern sei auf die Politiker angewiesen. Diese müsse bessere Rahmenbedingungen für den Arztberuf schaffen. Denn Anreize verfehlen bisher offenbar ihre Wirkung, kritisiert KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Köhler. So sei es trotz Umsatzgarantien, gestützten Punktwerten, KV-eigenen Praxen mit angestellten Ärzten praktisch unmöglich, etwa Mediziner aus Berlin nach Brandenburg zu locken. Dort fehle die Infrastruktur und der Arzt müsse jeden zweiten Tag Notdienste machen.

Leidtragende sind die Patienten

Das Nachsehen haben die Patienten, die lange Fahrwege in Kauf nehmen müssen, um zum nächsten niedergelassenen Arzt zu kommen und dazu noch mit erheblichen

Wartezeiten. Schlimmste Auswirkung ist jedoch, dass viele Erkrankungen aufgrund des Zeitdrucks des Mediziners nicht erkannt werden. Beispiel: entzündliche Gelenkerkrankungen.

„Die umfassende Betreuung dieser Patienten ist noch weit vom Optimum entfernt“, resümieren die Fachleute Dr. Edmund Edelmann, Dr. Wolfgang Axel Dryden und Dr. Diethard Sturm jetzt in einem Fachpapier. Für die Betroffenen heißt das Funktionseinschränkungen. Die Ärzte fühlen sich als „Therapieversager“. Auf die Gesellschaft kommen nach Einschätzung der Mediziner immense Kosten zu, die vermeidbar seien.

Zahlen sprechen für sich

Erst nach gut eineinhalb Jahren, so eine aktuelle Studie, kommen Rheuma-Kranke an einen ausgewiesenen Facharzt. Der Schuldige sei dabei nicht ausschließlich der Hausarzt, der mit dem Krankheitsbild nicht entsprechend umgehen kann, sondern auch fehlende niedergelassene Rheumatologen. Mehr als drei Monate müssen Patienten

auf einen Termin bei dem Spezialisten warten. „Unerträglich“ ist die Einschätzung der drei Experten. Denn bei frühzeitiger Behandlung könne der Krankheitsverlauf extrem abgemildert werden, die Lebensqualität der Patienten sei höher. Die Lösung heißt denn auch eine bessere Kooperation der Hausärzte sowie mehr Fachärzte in den Regionen.

Neue Wege finden

Während die Bundesregierung sich mit Appellen an die jungen Ärzte zufrieden gibt, suchen die KVen nach eigenen Wegen.

In Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise will die KV Praxisstellen für junge Mediziner bei Niedergelassenen kurzfristig zur Verfügung stellen.

Haben die jungen Ärzte ihre Ausbildung zum Allgemeinmediziner abgeschlossen, wird ihnen ein freier

» **DIE POLITIK MUSS BESSERE RAHMENBEDINGUNGEN SCHAFFEN...** «

PROF. DR. HOPPE

Kassenarztsitz umgehend angeboten – notwendige Voraussetzung, um sich niederzulassen. Zudem soll die Ausbildung zum Allgemeinmediziner in der Praxis auch finanziell attraktiver gestaltet werden.

So unterstützt die KV Mecklenburg-Vorpommern ein Praktikum der Medizinstudenten der Uni Rostock, der so genannten Famulatur,

in hausärztlichen Praxen mit 250 Euro monatlich. Niedergelassene Ärzte können für in der Praxis in Weiterbildung befindliche Kollegen einen monatlichen Gehaltszuschuss von 2040 Euro erhalten, wie eine Sprecherin der KV mitteilt. Ein Zeichen setzt auch die Uni Rostock mit einem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin.

Damit ist Rostock eine der ersten Städte bundesweit mit solch einer Professur, die Ende des Jahres besetzt wird. Wie es in der Uni heißt, erwägen einige angehende Ärzte, sich für die Allgemeinmedizin zu entscheiden und nicht ein Spezialgebiet zu wählen. In Mecklenburg-Vorpommern zu bleiben, sei jedoch für die meisten Studenten kein Thema. rbb

THERA^{OPT}



Verordnungssoftware TheraOpt®

Arzneimittelsicherheit · Wirtschaftlichkeit · Prozessoptimierung

► TheraOpt® ist ein höchst fortschrittliches elektronisches Verordnungssystem für den deutschen Markt. Es steigert die Patientensicherheit, senkt die Kosten und entlastet das Krankenhausteam.

► TheraOpt® warnt vor klinisch relevanten Arzneimittelwechselwirkungen sowie patientenspezifischen Kontraindikationen und ermöglicht das sofortige Anzeigen von Alternativtherapien.

► TheraOpt® bietet dem Arzt das gesamte vorhandene Arzneimittelwissen und führt es mit patientenspezifischen Daten (Alter, Geschlecht, Gewicht, Größe, Nierenfunktion, Leberfunktion und Allergien) zusammen. Dies ermöglicht eine individualisierte Arzneitherapie mit patientenspezifischer Dosiseberechnung.

Sind Sie interessiert? Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

www.theraopt.de

Atheso Arzneimittelsicherheit GmbH

Garbsener Landstraße 10
30419 Hannover

Telefon +49 (0)511 277 23 - 20
info@atheso.de

Gesundheitspolitik für die Patienten – es ist noch eine ganze Menge zu tun...!

Die von der vorherigen und jetzigen Bundesregierung mit Unterstützung der Länder in Gang gesetzten Reformen im Gesundheitssystem erfordern breit angelegte Aktivitäten der aktiven Mitglieder der DGVP. Da der Versicherte und Patient mit seinen Interessen von der Politik und einer

Vielzahl von Gremien und Institutionen immer öfter vergessen wird, ist es umso wichtiger, dass sich Patienten ihrerseits deutlich bemerkbar machen. Weder Ärzte noch Kassen vertreten dort Patienteninteressen - das können nur die Patienten selbst tun.

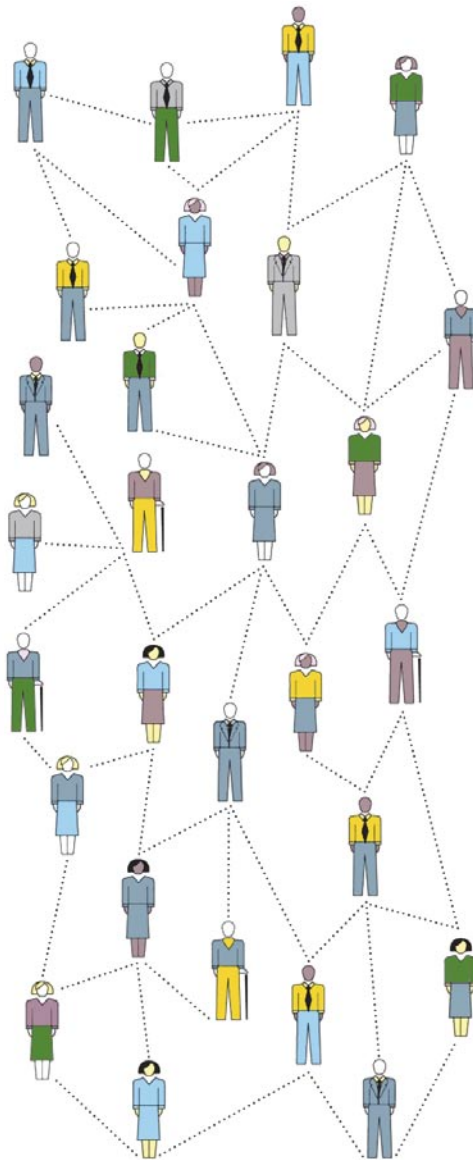
Die DGVP Vorstandsmitglieder suchen dazu den intensiven Kontakt zu den Verbänden aller Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen, wie Verbände der Ärzte, der Pflege, der Apotheker, der Medizinprodukteindustrie, der Industrie der Informationstechnologie, der Pharmaindustrie. Die DGVP wird inzwischen als Gesprächspartner anerkannt, der Austausch auch von den anderen Verbänden gesucht.

Patienten stärken...

Eine besondere Rolle spielen für die DGVP die Selbsthilfe- und andere Interessengruppen der Patienten. Sie wurden verstärkt über die Aktivitäten der DGVP informiert. Unser Ziel ist es, die Aktivitäten von Patientengruppen zu bündeln und so zu erreichen, dass sie in der Gesundheitspolitik auch deutlich mehr als bisher berücksichtigt werden. Vielfach sind jedoch Widerstände zu überwinden, die ihren Ursprung in der unbegründeten Angst von einzelnen Verbänden vor dem Verlust ihrer Unabhängigkeit haben. Doch Zusammenarbeit ist wichtig! Jede einzelne Patientengruppe kann zur Stärkung der Position der Patienten insgesamt beitragen.

... und informieren

Mit Vorträgen und bei Podiumsdiskussionen im gesamten Bundesgebiet und in Österreich, England und Belgien, setzt sich die DGVP für Patienteninteressen ein. Dabei befassen wir uns mit einem breiten



Themenspektrum: die Hygiene im Krankenhaus gehört zum Beispiel ebenso dazu wie die vielfältigen Probleme im Bereich der Pflege oder grundsätzliche Fragen der Gestaltung des Gesundheitswesens insgesamt. Dieser Einsatz brachte uns neue und wichtige Kontakte zu Personen und Institutionen,

die die Ziele und den Zweck der DGVP unterstützen wollen. Die DGVP wurde zur Positionierung von Patienteninteressen von unterschiedlichen Institutionen, wie Ärztenverbänden, wissenschaftlichen Institutionen, Forschungseinrichtungen, der CeBIT, der Medica in Düsseldorf, bei Veranstaltungen der Parteien usw. eingeladen.

Öffentlichkeitsarbeit: ein zentrales Instrument der DGVP

Kontinuierliche Auftritte in den Medien des Fernsehens und Rundfunks und eine Vielzahl von Interviews bei den Printmedien und der Fachpresse haben den Bekanntheitsgrad der DGVP gesteigert und die unabdingbaren Forderungen zur intensiveren Berücksichtigung der Interessen der Bürgerinnen und Bürger im Gesundheitswesen in die Öffentlichkeit gebracht. Dabei wurden nahezu alle aktuellen Themen der Gesundheitspolitik und der Entwicklung des Gesundheitswesens im Sinne der Versicherten und Patienten angesprochen.

All diese Aktivitäten wollen wir künftig noch verstärken. Nur so besteht die Aussicht, Patienteninteressen wirksam zu vertreten. Wer immer sich aktive daran beteiligen möchte und die Ziele der DGVP unterstützt, ist zur Mitwirkung herzlich eingeladen.

Wolfram-Arnim Candidus
Präsident der Deutsche Gesellschaft für
Versicherte und Patienten (DGVP)

Wer sich vernetzt, der hat auch gute Chancen auf eine Zukunft

Krankenhäuser sind Dienstleister – altes Statusdenken ist out

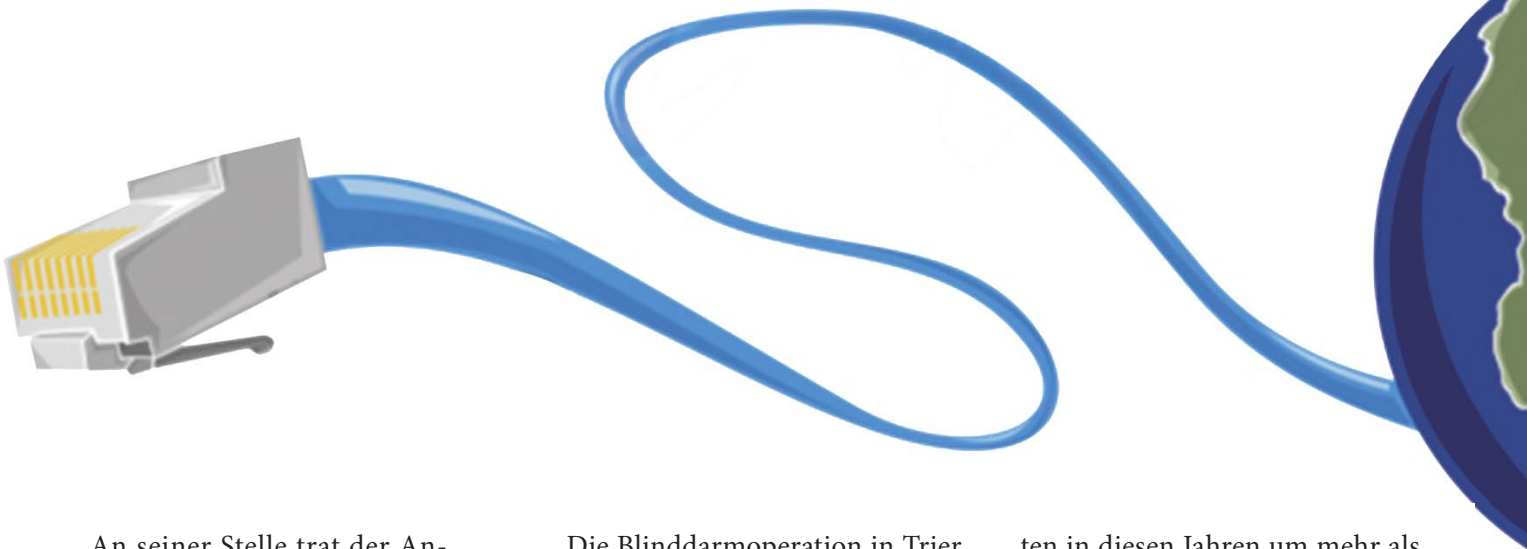
Mehr als 2.000 Krankenhäuser gibt es in Deutschland. Während ihre Aufgabe noch vor wenigen Jahrzehnten vor allem sozial ausgerichtet war, wie Heilen und Pflegen, müssen die Kliniken heute für ihre langfristige Zukunft knallhart rechnen. Die sozialen Einrichtungen gehören der Vergangenheit

an. Heute sind Krankenhäuser vor allem eins: Dienstleistungsunternehmen, die wie ein Wirtschaftsbetrieb geführt werden. Über Gewinn und Verlust entscheiden die Qualität des Managements, die Motivation der Mitarbeiter und der Zuspruch der Patienten.

Anfang der 90er Jahre sah die Welt im Gesundheitswesen noch rosiger aus. 2.354 Krankenhäuser wurden in Deutschland gezählt mit 628.700 Betten. Das Selbstkostendeckungsprinzip galt noch bis 1993.

pflegesätze sowie Basispflegesatz Einzug. Sie wurden wenig später von einem Abrechnungssystem abgelöst, das überwiegend von Fallpauschalen geprägt ist. Ziel war und ist es, bundeseinheitliche Preise zu bezahlen.

Wichtig ist dabei, dass der medizinisch-technische Fortschritt nicht auf der Strecke bleibt. Konsequenz ist, dass die Zahl der Krankenhäuser im Zeitraum von 1993 bis 2005 um 215 Kliniken gesunken ist, die Zahl der Bet-



An seiner Stelle trat der Anspruch auf medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze, die einem Krankenhaus die Erfüllung des Versorgungsvertrages ermöglicht. Die Kliniken jonglierten nicht schlecht mit dieser Regelung, getrickst wurde reichlich. Denn nicht der behandelte Fall war ausschlaggebend, sondern das Bett. Selbst wenn es leer war, zahlten die Kassen einen Obolus. Investitionen wurden über den Staat finanziert, mal weniger, mal mehr.

Wenig später hielten Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungs-

Die Blinddarmoperation in Trier sollte demnach so viel kosten wie jene in Berlin. Die Krankenhäuser wurden budgetiert.

Wirtschaftliche Talfahrt

Bisher ist man von diesem Plan noch weit entfernt, doch auf Landes- bzw. Stadtstaatenebene greift der Vergleich. Das neue Abrechnungssystem hat für die Krankenhäuser erhebliche Veränderungen gebracht. Entscheidend ist jetzt vor allem eins: das Controlling.

Greifen Leistungs-, Kosten- und Erlöspläne, haben die Kliniken ihr Budget eingehalten.

ten in diesen Jahren um mehr als 105.000. Eine Auswirkung der fallbezogenen Finanzierung ist, dass die Patienten nicht mehr so lange in den Kliniken bleiben. Lag die Verweildauer von Patienten 1993 noch bei 12,5 Tagen, wurden die Kranken im Jahre 2005 bereits nach 8,6 Tagen im Durchschnitt entlassen. Im kommenden Jahr erwarten die Fachleute eine durchschnittliche Verweildauer von zirka sieben Tagen.

Die deutschen Krankenhäuser sind besorgt, dass sich ihre wirtschaftliche Situation verschlechtert und viele von ihnen befürchten

die Insolvenz. Zu Recht, wie es im Krankenhaus-Rating-Report 2007 heißt.

Zu schaffen machen den Kliniken vor allem fehlendes Geld für notwendige Investitionen. Der Staat zieht sich seit Jahren zunehmend

Fachleute schätzen den Investitionsbedarf in deutschen Kliniken auf zirka 32,5 Milliarden Euro. Gesundheitsexperte Bernd Rürup beziffert ihn sogar auf bis zu 50 Milliarden Euro.

Vor allem Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten bangen um ihre Zukunft, das sind immerhin 60 Prozent der Kliniken.

Mittlerweile stehen sie nicht allein. Auch die Patienten – vor allem in ländlichen Gebieten – sind verärgert über die Schließung von Kliniken. Sie müssen lange Fahrtwege in Kauf nehmen, um eine gute stationäre medizinische und pflegerische Versorgung vorzufinden. Doch die Misere wird sich nicht ändern.

Das Zauberwort heißt Netzwerke

Positiv ist, dass die Krankenhäuser umdenken – und nach

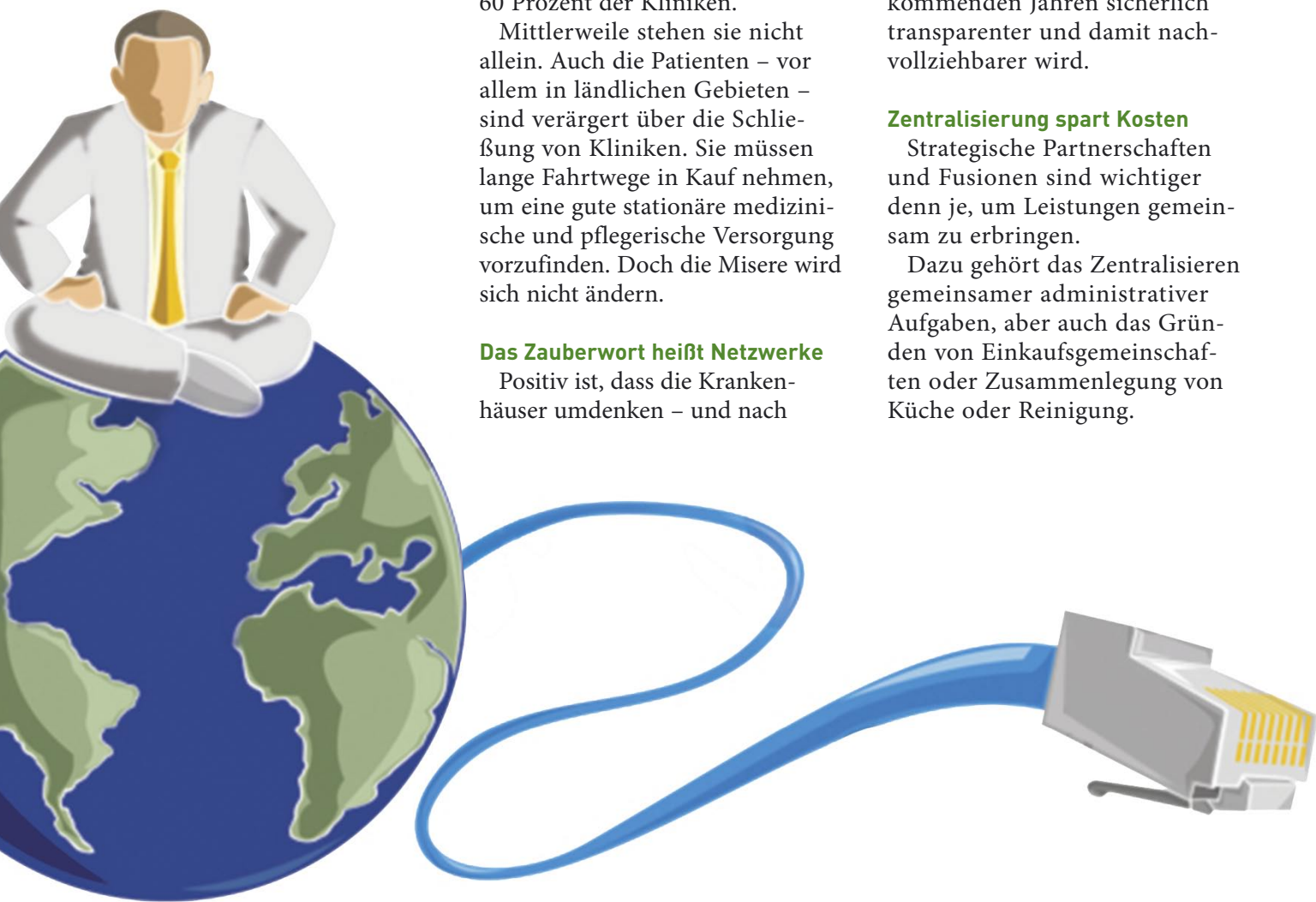
und Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken oder auch Senioreneinrichtungen werden langfristig der Vergangenheit angehören.

Der Patient hat dabei den großen Vorteil, selbst zu entscheiden, wo er sich behandeln lässt – anhand der Qualität, die in den kommenden Jahren sicherlich transparenter und damit nachvollziehbarer wird.

Zentralisierung spart Kosten

Strategische Partnerschaften und Fusionen sind wichtiger denn je, um Leistungen gemeinsam zu erbringen.

Dazu gehört das Zentralisieren gemeinsamer administrativer Aufgaben, aber auch das Gründen von Einkaufsgemeinschaften oder Zusammenlegung von Küche oder Reinigung.



aus der Verantwortung – zur Freude der privaten Klinikträger. Das Nachsehen haben die öffentlichen. Beispiel: Berlin. Weil dem Land das Geld für einen dringend notwendigen Neubau im Klinikum Buch fehlte, entschieden sich die Politiker kurzerhand das Krankenhaus mit derzeit mehr als 1.000 Betten an die Helios-Kliniken abzugeben. Voraussetzung: Das Land beteiligt sich mit keinem Cent an den Baukosten.

Wegen suchen, um langfristig zu überleben. Das Zauberwort heißt Netzwerke.

Große Klinikverbünde machen es bereits vor und dabei nicht nur die privaten Unternehmen, sondern auch öffentliche, wie Vivantes in Berlin oder die Gesellschaften der Alexianerbrüder, die ebenfalls in Berlin ihren Sitz haben.

Starre Sektorengrenzen zwischen ambulanter Versorgung

Ulrich Wandschneider, Vorstandsvorsitzender des Unternehmensverbund Medioclin formuliert es so: „Schafft es eine Klinik, besser zu sein als der Durchschnitt – bei vergleichbarer Qualität geringere Kosten zu haben –, kann sie Überschüsse erwirtschaften. Diese können wiederum für strategisch wichtige Investitionen eingesetzt werden und damit den Erfolg am Markt dauerhaft sichern.“ rbb

Schnüffeln im Dienste der Gesundheit

Die umstrittene elektronische Gesundheitskarte soll 2008 eingeführt werden ...

Sie ist nach wie vor höchst umstritten – die elektronische Gesundheitskarte. Dennoch arbeitet das Bundesgesundheitsministerium mit Hochdruck an der bundesweiten Einführung. Auf der Medizmesse „Medica“ in Düsseldorf teilte die Telekom jetzt mit, dass ihre Tochter, T-System, das Netz der elektronischen Gesundheitskarte betreibt. Im Telekom-Netz werden dann Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken und Krankenkassen zusammengeschlossen werden. Darüber sollen dann alle Daten sekundenschnell übertragen werden.



Willkür, Lügen, Propaganda – der politische Streit um die elektronische Gesundheitskarte ist in vollem Gange. „Die elektronische Gesundheitskarte hat nichts mit der Gesundheit zu tun – sie ist eine Schnüffelfarte, um intime Patientendaten auf Servern der Krankenkasse zu sammeln“, kritisiert Martin Grauduszus, Präsident der „Freien Ärzteschaft“. Die Versicherten würden in die Irre getrieben.

Wenn man aktuellen Umfragen glaubt, läuft die Kritik des Hausarztes zumindest bei den Deutschen ins Leere: Nach einer Forsa-Umfrage sind die meisten Deutschen für die Karte. Aus Unwissenheit, wie Grauduszus meint. Die Bürger würden glauben, dass ihre Krankheitsdaten auf der Karte gespeichert seien. „Dabei stehen auf der Karte nur Informationen über den Patienten, wie Name, Krankenkasse etc.“. Die Gesundheitskarte sei aber der Schlüssel zu einer neuen elektronischen Krankenakte.

Dort sollen die Patientendaten lagern – und jeder, der am Netz hängt, habe Zugriff. Ärzte seien gezwungen, die selbst verschuldeten Krankheiten der Patienten wie beispielsweise Erkrankungen nach Schönheitsoperationen oder Piercings den Krankenkassen zu melden. „Das ist staatliche Willkür“, schimpft der Präsident der „Freien Ärzteschaft“. Ob seine Kritik erhört wird, ist zu bezweifeln, denn die elektronische Gesundheitskarte steckt bereits in den Briefaschen von 30.000 Menschen in Deutschland. In der Region Bochum-Essen sowie in den Städten Flensburg, Heilbronn, Ingolstadt, Löbau-Zittau, Trier und Wolfsburg wird die Gesundheitskarte einem Praxistest unterzogen.

Die Tests laufen...

Allein im Ruhrgebiet nehmen 25 Praxen, 15 Apotheken, zwei Krankenhäuser und zwölf Krankenkassen teil. Es geht um viel. Die Gesundheitskarte soll das digitale Zeitalter in der deutschen Kran-

kenversorgung einläuten und dem Gesundheitswesen einen wesentlichen Qualitätsschub bescheren.

Die Bundesregierung erhofft sich eine effektivere Behandlung der Erkrankungen der Deutschen, aber auch eine Senkung der verbundenen Kosten. Gesundheitsexperte Karl Lauterbach geht von einem Einsparungspotenzial von 25 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen aus. „Das wären 3,7 Prozentpunkte weniger Krankenkassenbeiträge“, sagt Lauterbach.

Dank der Vernetzung wird die Qualität medizinischer Leistungen messbar, Doppeluntersuchungen, Verschreibung von unnützen Medikamenten, Fehlbehandlungen sollen der Vergangenheit angehören. Denn die Daten der rund 80 Millionen Versicherten sollen langfristig an zentraler Stelle auflaufen: mit behandlungsrelevanten Daten, wie Krankengeschichte, Röntgenbilder, Allergien, Blutgruppe und Therapieanordnungen. Die Vernetzung soll auch die häusliche Betreuung

chronisch Kranker über eine Datenleitung erleichtern.

Kritiker bezweifeln die Richtigkeit der Angaben zum erwarteten Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte und sie sehen erhebliche Probleme bei der Handhabung der Karte. Grund ist, dass die Versicherten eine PIN-Nummer eingeben müssen, damit die Karte überhaupt aktiviert wird. Vor allem ältere Patienten seien damit überfordert, so die Mutmaßung von Fachleuten. Auch die Sicherung der Server wird in Frage gestellt. Kriminelle hätten keine Probleme, wichtige Daten der Patienten auszulesen. Ärzte sehen die Bevölkerung schon in Risikoklassen eingeteilt – mit Konsequenzen für die Weiterversicherung.



Wann die Karte eingeführt wird, steht offenbar noch nicht fest. Eigentlich sollte sie schon Anfang Januar 2006 zum Einsatz kommen. Die Telekom verkündet aktuell, dass die Vernetzung zum zweiten Halbjahr 2008 komplett unter Dach und Fach ist. Doch: Im ersten Schritt sollen nur Rezepte über das Gesundheitsnetz ausgestellt werden. Der Arzt schreibt ein Rezept, welches ein Apotheker dann online abrufen kann. Im Schritt zwei soll die Karte dann zu einer umfassenden elektronischen Krankenakte ausgebaut werden.

Das braucht Zeit. Im Bundesgesundheitsministerium heißt es deshalb auch schon, dass die elektronische Gesundheitskarte erst im Jahr 2009 eingeführt wird. rbb

Welche Vor- und Nachteile bringt der Wechsel in den Basistarif?

Für Versicherte im Basistarif gibt es keine Risikozuschläge. Zudem darf der Höchstbeitrag den durchschnittlichen monatlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – das sind zurzeit um die 500 Euro – nicht übersteigen. Wer nachweislich finanziell überfordert ist, zahlt weniger. Der Leistungsumfang entspricht nach Art, Umfang und Höhe dem der GKV, allerdings ohne die freiwilligen Satzungsleistungen vieler Krankenkassen.

Im Vergleich zu einem normalen Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) haben Versicherte beim Leistungsumfang allerdings keine Wahlmöglichkeiten. Zudem besteht grundsätzlich das Risiko: Wer aus einem normalen PKV-Tarif in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechselt, muss gegebenenfalls auf einen Teil seiner Alterungsrückstellungen verzichten – nämlich dann, wenn er einen deutlich besseren Versicherungsschutz hatte. Denn die Rückstellun-

gen werden bei Versicherungswechsel nur im Umfang des Basistarifs übertragen.

Darüber hinaus gilt im Basistarif das PKV-Prinzip „Pacta sunt servanda“ („Verträge sind einzuhalten“) nicht. Das heißt: Vertraute Leistungen im Basistarif können einfach Kraft des Gesetzgebers gekürzt oder gestrichen werden.

Auch die Tatsache, dass im Basistarif Kontrahierungszwang gilt, der private Krankenversicherer also niemanden wegen seines Gesundheitszustands oder Vorerkrankungen ablehnen darf, kann dennoch in trügerischer Hoffnung wiegen. Wer nämlich in einen neuen PKV-Tarif wechseln will, muss erstens wissen, dass für Mehrleistungen eine neue Gesundheitsprüfung ansteht, die Risikozuschläge zur Folge haben kann. Zweitens dürfen ebenso die aus der „alten“ Gesundheitsprüfung bei Aufnahme in den Basistarif gewonnenen Erkenntnisse zur Ermittlung des Risikos herangezogen werden.

Zugang zum Basistarif bei allen PKV-Unternehmen haben ab 1. Januar 2009:

1. der PKV zuzuordnende Nichtversicherte,
2. freiwillig GKV-Versicherte innerhalb von sechs Monaten nach Start des Basistarifs beziehungsweise binnen sechs Monaten nach Ende der Versicherungspflicht,
3. alle Bestandsversicherten der PKV für sechs Monate nach Einführung des Basistarifs.

Vom 1. Juli 2009 an können Bestandsversicherte unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen nur noch innerhalb ihres Unternehmens in den Basistarif wechseln und zwar lediglich:

1. ab dem 55. Lebensjahr,
2. bei Bestehen eines Rentenanspruchs oder
3. wenn akute Hilfebedürftigkeit besteht. Alle Personen mit ab Januar 2009 neu geschlossenen PKV-Verträgen haben ein Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen Versicherungsunternehmens).

Was bedeutet eigentlich...?

Bonus-Malus-Regelung

Allgemeine Bezeichnung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, wie Ärzten, Krankenhäusern, Apothekern etc., mit denen über finanziell positive (Bonus) bzw. negative (Malus) Anreize, Verhaltens- und Leistungsveränderungen erzielt werden sollen. Beispiele sind Vergütungsanreize für eine wirtschaftliche Arzneimittelverordnung. Dabei werden Bonus-Malus-gekoppelte Zielvereinbarungen für Ärzte eingeführt. Werden diese überschritten, verlangen die Krankenkassen Geld zurück.

Integrierte Versorgung

Sie zielt auf eine patientenorientierte interdisziplinäre Versorgung quer durch alle Sektoren des Gesundheitssystems. Erreicht wird dies durch eine enge Zusammenarbeit unterschiedlichster Leistungserbringer, wie den Haus- oder Fachärzten, den Krankenhäusern oder auch Rehabilitationseinrichtungen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden erstmals gesetzliche Grundlagen für die Integrierte Versorgung geschaffen.

Vier Jahre später wurde das Regelwerk weiterentwickelt, das heute noch gilt, darunter: Die Integrierte Versorgung bedarf keiner vertraglichen Rahmenvereinbarung. Zur Förderung der Integrierten Versorgung muss jede Krankenkasse zur Anschubfinanzierung bis einem Prozent der Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütung für Angebote der Integrierten Versorgung einbehalten.

Fallpauschalen – Abrechnung in Krankenhäusern

Bis 2003 haben die deutschen Krankenhäuser die Behandlung ihrer Patienten nach Tagessätzen abgerechnet. Je länger die Patienten bei ihnen im Bett lagen, desto mehr bekamen die

Kliniken von der Krankenkasse. Seit 2004 müssen die Krankenhäuser nach Fallpauschalen abrechnen. Sie erhalten pro Leistung – wie Blinddarm oder Herzoperation – einen fixen Beitrag. Ausnahmen gibt es nur für seelische Leiden oder psychische Erkrankungen. Gestaffelt sind die Pauschalen nach Schwere und voraussichtlicher Dauer der Behandlung. Muss ein Patient wegen einer Komplikation länger kuriert werden, erhält das Krankenhaus für jeden zusätzlichen Tag einen Zuschlag.

Disease-Management-Programm – Chroniker-Programme

Ziel dieser Programme ist, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Diese Patienten sollen durch eine aufeinander abgestimmte und kontinuierliche Betreuung mehr Lebensqualität erlangen und vor Spätfolgen ihrer Erkrankung weitgehend verschont bleiben. Diese Programme sollen aber auch langfristig Kosten sparen, die sonst für die Behandlung von Spätfolgen aufgewendet werden müssten. Wesentlicher Baustein dieser Programme sind strukturierte, evaluierte und zielgruppenspezifische Schulungsprogramme, die den eigenverantwortlichen Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung trainieren. Chroniker-Programme gibt es für Asthma, Brustkrebs, Herzerkrankungen und Diabetes Typ 1 und Typ 2.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zum 1.1.2004 wurde gesetzlich verankert, dass ein Gemeinsamer Bundesausschuss eingerichtet wird. Er besteht aus der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung, der Knappschaft Bahn-See und den Verbänden der Ersatzkassen.



Der Ausschuss hat die Aufgabe zur Qualitätssicherung. Außerdem entscheidet er mit über den Ausschluss oder die Einschränkungen von Leistungen, wenn der Nutzen dieser medizinisch und therapeutisch nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist. Er entscheidet mit über die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder auch über verordnungsfähige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungen wird nicht berücksichtigt. Der Ausschuss steht unter der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums. rbb

Impressum

hart. Politik für Patienten

HERAUSGEBER:

Joachim Trauboth (VFPG e.V.)

VERLAGSANSCHRIFT:

Verein zur Förderung von Patienteninteressen im Gesundheitswesen (VFPG) e.V.
Erbdrostenweg 15, 48720 Rosendahl
Tel.: 02545 98082
Fax: 02545 98081
Email: vorstand@vfpg.de

REDAKTION:

Wolfram-Armin Candidus (DGVP)
Dr. med. Richard Barabasch, V.i.S.d.P.
Manfred Pfeiffer (DGVP)
Redaktionsbüro Berlin: Thomas Grünert
(Vincentz Network Berlin)

ANZEIGEN:

Jotracom
Joachim Trauboth
Erbdrostenweg 15, 48720 Rosendahl
Tel.: 02545 98082
Fax: 02545 98081
Email: jt@jotracom.de

GRAFIK UND LAYOUT:

PflegeMedia, Sabine Nieter
Gisbertzweg 9, 12355 Berlin
Tel.: 030 60107706
Email: pflege-media@t-online.de