

Fokus **Pflege** Der Dienst

Der Nachrichten- und Informationsdienst für Pflegeexperten

Inhalt

Editorial

Seite 2



SAPV auf dem Abstellgleis

Bundesgesundheitsministerium greift gegen Krankenkassen durch

Seite 3

Neue Untersuchung zur Qualität in der Pflege

Zahl der Druckgeschwüre in Heimen und Kliniken sinkt anhaltend und deutlich

Seite 6

Übertragung ärztlicher Leistungen

Mediziner wollen Entlastung - Pflege pocht auf Eigenständigkeit

Seite 9



*Dr. Carl-Heinz
Müller,
KBV-Vorstand*

12 Uhr mittags

Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz im Bundestag

Seite 12

Sachverständigenrat zur Pflegeversicherung

Chance vertan – Finanzierungsreform verpasst

Seite 16



*Dr. Birgit Weihrauch,
Vorsitzende des Deutschen
Hospizverbandes*

Zur Sache

Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes zu Netzwerken bei der Palliativversorgung

Seite 18

Meldungen

GKV-Spitzenverband: Schulnoten für Pflegeheime – Bundeskabinett:
Strategie gegen Antibiotika-Resistenzen – Bundesverband Geriatrie:
Sparpotenziale ausgereizt – Pflege: Erheblicher privater Einsatz

Seite 18

Aus den Bundesländern

Baden-Württemberg: Hospizdienste schöpfen Mittel nicht aus
Schleswig-Holstein: Mehr ambulante Behandlung in Krankenhäusern
Rheinland-Pfalz: Pflegestammtisch als neues Gesprächsforum
Brandenburg: Positives Fazit der „Pflegeinitiative Brandenburg“

Seite 20

Zahl der Woche

Seite 21

Impressum

Seite 21



Cornelia Bürger
Herausgeberin

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Krankenkassen gerieren sich gerne als die eigentlichen, wirklichen, ja als die einzigen Interessenvertreter ihrer Versicherten. Dieses Wort aber gilt offensichtlich wenig, wenn es um schwerstkranke, im Zweifelsfall also „teure“ Versicherte geht, deren Lebensende absehbar ist.

Was sich hier Spitzenfunktionäre der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den vergangenen Monaten geleistet haben, ist eine Schande! Darum geht es: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, haben die gesetzlich Versicherten im Bedarfsfall den Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhalten. Seitdem sind fast 20 Monate vergangen, und alle erforderlichen Richtlinien und Rahmenempfehlungen liegen seit Sommer 2008 auf dem Tisch. Aber es gibt bisher im ganzen Land nur zwei oder drei Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern. Die Begründung von AOK, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen & Co.: Wir konnten nicht, weil wir nicht wussten, welche Zuweisungen wir 2009 aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Wohlgemerkt: Bei der SAPV geht es wahrscheinlich um einige hundert Mio. Euro Ausgaben jährlich, und der Leistungsanspruch der Versicherten besteht seit 2007! Die GKV wird im nächsten Jahr über rund 167 Mrd. Euro für ihre Ausgaben verfügen. Man darf gespannt sein, welche Kapiolen die Herren und Damen Kassenfunktionäre demnächst noch schlagen werden, wenn es darum geht, Versicherten Leistungen vorzuenthalten, die ihnen nach dem Gesetz zustehen. Wie gesagt: Es ist eine Schande.

Für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Anregungen danken wir Ihnen.

Beste Grüße

*Cornelia Bürger
Herausgeberin*

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
auf dem Abstellgleis

Gesundheitsministerium greift gegen Krankenkassen durch

Funktionäre blockieren SAPV-Versorgung von
schwerstkranken Versicherten



*Organisieren, was schwerkranke
Menschen wirklich brauchen*

Berlin (FokusPflege) – Seit knapp 20 Monaten haben schwerkranke gesetzlich Krankenversicherte unter bestimmten Umständen einen gesetzlichen Anspruch auf ambulante spezialisierte Palliativversorgung (SAPV). Aber nur auf dem Papier des Sozialgesetzbuches (SGB) V. Tatsächlich weigern sich fast alle der rund 200 Kassen entsprechende Einzelverträge mit spezialisierten Ärzten und Pflegekräften abzuschließen. Bundesweit gibt es bisher nur zwei oder drei SAPV-Verträge. Kassenfunktionäre unternehmen nicht einmal den Versuch, diesen Attentismus zu tarnen – sie behaupten offen, die Einführung des Gesundheitsfonds erlaube es ihnen „leider nicht“, Verträge abzuschließen, die eventuell zusätzliches Geld kosten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will dieses de facto gesetzwidrige Treiben der Krankenkassen nicht länger hinnehmen: Zum 19. November sind Vertreter von Krankenkassen und Leistungserbringern zum Rapport ins Ministerium nach Berlin einbestellt worden. Ulla Schmidt will endlich Resultate sehen.

Angesichts des unbefriedigenden Standes bei der Umsetzung blieb die Ministerin vor den rund 450 internationalen Teilnehmern der 70. Aachener Hospizgespräche am 15. November im Bildungszentrum der Firma Grüenthal GmbH noch erstaunlich ruhig. „Da wir das Gesetz vor mehr als einem Jahr verabschiedet haben, kann man wirklich nicht von offensivem Herangehen sprechen“, sagte sie. Davon, dass man die Umsetzung extra verzögert, wolle sie zwar noch nicht reden. Aber: „Wenn man nur zehn Prozent der Energie, die man aufwendet, darüber zu diskutieren, was alles nicht mehr geht und was man im nächsten Jahr den Kranken nicht mehr geben kann, dafür verwendet, das zu organisieren, was schwerkranke Menschen wirklich brauchen, dann stünden wir heute nicht da, wo wir sind.“ Die Kritik der Ministerin geht eindeutig in Richtung der Kassen. Diese müssten wesentlich mehr im Interesse ihrer kranken Mitglieder handeln, forderte die SPD-Politikerin. Eine gute Krankenkasse erkenne man auch daran, wie sie mit Schwerstkranken umgehe, mahnte die Ministerin die Funktionäre. Ein unheilbar Kranker dürfe sich nicht im System verloren sehen. Im Gegenteil: Er müsse das Gefühl haben, dass wirklich etwas für ihn getan werde. Und hier, so Ulla Schmidt, passiere



Eine gute Krankenkasse erkennt man auch daran, wie sie mit Schwerstkranken umgeht

einfach zu wenig. Verständnis dafür wollte die Bundesgesundheitsministerin nicht länger aufbringen: „Wir haben das Geld, wir haben die Menschen, wir müssen es nur tun.“

Nachdrücklich forderte die Ministerin die Krankenkassen auf, sich nun endlich mit den Leistungserbringern an einen Tisch zu setzen und darüber zu diskutieren, wie jetzt die notwendigen Verträge geschlossen werden können. Alle Voraussetzungen dafür – die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Rahmenempfehlung der Krankenkassen – liegen bekanntlich längst ausgearbeitet vor. Dabei gehe es darum, die Strukturen vor Ort zu nutzen. Dem Argument der Krankenkassen, sie könnten wegen der Unsicherheiten, die der Gesundheitsfond mit sich bringe, im Augenblick keine SAPV-Verträge schließen, trat die Ministerin mit Nachdruck entgegen. Spätestens jetzt, nachdem das Bundesversicherungsamt in Bonn (BVA) die Bescheide über die konkreten finanziellen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verschickt habe, wisse jede Kasse, wie viel Geld sie im nächsten Jahr zur Verfügung habe. Ulla Schmidt: „Dort, wo viele schwerkranke Menschen sind, fließt mehr Geld hin als dorthin, wo junge und gesunde Menschen sind. Und deswegen hat jeder eine gute Ausstattung dafür.“

Halten die Kassen das Geld zurück?

Wenn es den Gesundheitsfonds nicht gäbe, man müsste ihn erfinden. Denn offensichtlich haben die Kassen mit dieser ungeliebten Einrichtung wenigstens ein Argument dafür gefunden, sich nicht um die SAPV-Umsetzung kümmern zu müssen. Nach dem Motto „wir wollen ja, es geht bloß nicht“, bürsteten sie auch in Aachen mit stoischer Gelassenheit alle Fragen danach ab, wann es endlich zu den wichtigen Vertragsabschlüssen kommt.

Sich auf finanzielle Unsicherheiten wegen des Gesundheitsfonds zurückzuziehen, ist allerdings unredlich. „Für das Jahr 2008 stellte der Gesetzgeber 180 Millionen Euro aus Steuermitteln für die SAPV zur Verfügung, für 2009 werden es noch einmal 250 Millionen Euro sein“, sagte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstandsmitglied bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Aus völlig unverständlichen Gründen werde diese Unterstützung den betroffenen Menschen bis heute vorenthalten. Daran, dass das für 2008 vorgesehene Geld in diesem Jahr überhaupt noch ausgegeben werde, zweifelt Müller. Was aber wird aus dem Geld, das Kassen nicht für ihre Versicherten ausgeben? Ob man sich im Jahr 2009 noch erinnern wird, dass „da noch Geld liegt“, daran glaubt der KBV-Vorstand in der Tat nicht.



Dr. Matthias Thöns: „Die Strategie der Kassen? Hinhalten, verzögern, aussitzen!“

Auch der Bochumer Arzt für Anaesthesiologie, Notfall- und Palliativmedizin, Dr. Matthias Thöns, hat starke Zweifel, dass die Kassen 2008 noch Verträge zur SAPV abschließen werden. Als Mann der Praxis weiß Thöns, wovon er spricht. Für das Kassenargument „der Gesundheitsfond macht es unmöglich“ hat der Arzt nur ein bitteres Lachen übrig. Die Taktik der Krankenkassen kenne er nur zu gut: „Hinhalten, verzögern, aussitzen“, das sei das Muster, nach dem die Verhandlungen verlaufen würden. Die Intention der Kassen ist für Thöns ganz klar: „Einigt man sich nicht, muss man auch nichts bezahlen.“ So einfach sei das, beklagt der Mediziner.

Dr. Matthias Thöns: „Wenn es darum geht, Geld zu sparen, sind die Kassen extrem schnell. Das hat man bei den Arzneirabattverträgen geradezu überdeutlich erleben dürfen. Da war das Gesetz noch nicht einmal verabschiedet, da sind die Krankenkassen schon losgelaufen und haben fleißig Verträge abgeschlossen. Aber wenn es um Leistungen für die Versicherten geht, die Geld kosten könnten, steigen die Funktionäre voll auf die Bremse.“

Auf der Bremse stehen die Kassenoberen derzeit nach Aussage einer Teilnehmerin auch in Schleswig-Holstein. Hier führen sie sogar eines ihrer liebsten Argumente, Schuld an der Verzögerung seien die Leistungserbringer, die sich nicht einigen könnten, ad absurdum. Denn obwohl sich ambulante und stationäre Hospizdienste, Pflege und die Ärzteschaft sogar schon auf ganz konkrete Strukturen geeinigt und Musterverträge vorgelegt haben, auf denen die Kassen aufbauen könnten, bleiben die Plätze an den Verhandlungstischen leer. Gesprächsbedarf? Nicht bei uns.

Das Verhalten der Kassen hat gravierende Konsequenzen. In Scharen zögen derzeit Todkranke vor Gericht, sagt Thöns. „Da der Rechtsanspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung unstrittig bereits seit April 2007 besteht, haben mehrere Patienten aus Bochum und Witten ihre Krankenkasse in einem Eilverfahren auf ein Zusage der Kostenübernahme verklagt.“ Allerdings hätten die Krankenkassen in den laufenden Verfahren das Urteil durch unrichtige Eingaben dann so lange verzögert, dass die Patienten vor einer „Eilentscheidung“ verstarben.

Greift das Ministerium endlich durch?

Angesichts dieser unhaltbaren Zustände ist es verständlich, dass das Ministerium nun mit Nachdruck handeln will. Was die Ministerin den Kassenfürsten am 19. November in das Stammbuch schreiben wird, kann man zum jetzigen Zeitpunkt nur ahnen. Dass ihr eine gute Ver-

sorgung Schwerstkranken und Sterbender am Herzen liegt, hat wohl jeder Teilnehmer an den 70. Aachener Hospizgesprächen deutlich vernommen. Bleibt zu hoffen, dass das auch bei den Krankenkassen angekommen ist.

Hintergrund: Die 1995 gegründeten Aachener Hospizgespräche sind ein Forum für alle professionellen und ehrenamtlichen MultiplikatorInnen in Stadt und Kreis Aachen, die sich für die Hospizarbeit und Palliativmedizin engagieren. Dieses Netzwerk ist in den letzten Jahren ständig gewachsen und trifft sich alle sechs Wochen in den so genannten Aachener Hospizgesprächen, um sich miteinander auszutauschen, fortzubilden, zu vernetzen und den Hospizgedanken weiterzuentwickeln. Etwa 230 verschiedene Institutionen und Dienste werden inzwischen regelmäßig zu den Veranstaltungen eingeladen.

Neue Untersuchung zur Qualität in der Pflege **Zahl der Druckgeschwüre in Heimen und Kliniken sinkt anhaltend und deutlich** Prävalenzbericht 2008 des Pflegeinstituts der Charité Berlin



„Obwohl die Zahl der potentiell gefährdeten Menschen gleich geblieben ist, sank der Anteil der tatsächlich an einem Druckgeschwür Erkrankten seit dem Jahr 2000 um die Hälfte.“ Dr. Nils Lahmann, Projektleiter beim Institut für Medizin- /Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Campus Charité Mitte, Berlin

Berlin (FokusPflege) – Die Häufigkeit von Dekubitus-Druckgeschwüren von Pflegeheim-Bewohnern und Klinikpatienten hat in Deutschland erneut deutlich abgenommen. Dies geht aus der aktuellen Prävalenzerhebung 2008 des Instituts für Medizin- /Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft am Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin, hervor. Der knapp 100 Seiten umfassende Report ist am 28. Oktober veröffentlicht worden. Der Pflegewissenschaftler Dr. Nils Lahmann, Koordinator der Studie, bewertet das Teilergebnis zum Dekubitus als großen Fortschritt: „Seit Beginn der Erhebungen im Jahr 2000 haben wir dieses Problem an über 60.000 Bewohnern und Patienten analysiert. Obwohl die Zahl der potentiell gefährdeten Menschen gleich geblieben ist, sank der Anteil der tatsächlich an einem Druckgeschwür Erkrankten um die Hälfte.“ Dies bedeute, dass „die Prävention in den meisten Häusern inzwischen sehr viel ernster genommen wird“, konstatiert Lahmann.

Gesucht: Teilnehmer für die Studie 2009

Seit acht Jahren führt die Charité Berlin - nach eigenen Angaben als einzige Universitätsklinik in Deutschland – jährlich bundesweite Erhebungen zu zentralen Problemen der Pflege in Heimen und Krankenhäusern durch. Die Vorarbeiten zur nächsten Pflege-Untersuchung im Frühjahr

2009 laufen auf Hochtouren. Pflegeheime mit mehr als 50 Bewohnern und Kliniken mit über 100 Betten können sich zur Teilnahme anmelden. Teilnehmende Häuser profitieren davon in besonderer Weise: Sie erhalten nach der Auswertung der gesamten Erhebung einen detaillierten Bericht, aus dem hervorgeht, wie es in ihrer Einrichtung – auch im Vergleich mit anderen Heimen oder Krankenhäusern – um die Qualität bei zentralen Pflegeproblemen wie Sturzereignisse, Inkontinenz oder Dekubitus bestellt ist. Darüber hinaus bekommt jedes Haus auch eine Auswertung der Qualität auf den einzelnen Stationen. „So kann die Leitung in Zeiten knapper Kassen ihre finanziellen Mittel gezielt dorthin lenken, wo es Qualitätsprobleme gibt“, erklärt Lahmann. Viele Häuser nähmen mehrere Jahre lang an Erhebungen teil, um auf diese Weise gezielt ihre Fortschritte zu messen. Im nächsten Jahr untersuchen die Charité-Forscher auch die Ernährung in den teilnehmenden Kliniken und Heimen.

Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus – Ergebnisse der Prävalenzerhebung 2008 im Überblick

Im Frühjahr 2008 haben an der aktuellen Prävalenzerhebung der Charité-Wissenschaftler 37 Pflegeheime und 19 Kliniken teilgenommen. Der Bericht bilde eine gute quantitative Datengrundlage zur Häufigkeit einiger relevanter Pflegeprobleme in deutschen Pflegeheimen und Kliniken, schreiben die Autoren. Insgesamt konnten 6736 Erhebungsbögen (3345 Pflegeheimbewohner und 3391 Klinikpatienten) ausgewertet werden. Die Rücklaufquote betrug 73 Prozent. Das Durchschnittsalter der Bewohner bzw. Patienten lag bei 83,3 Jahren in Pflegeheimen und bei 63,9 Jahren in Krankenhäusern. In beiden Einrichtungsarten war die Anzahl der Frauen höher als die der Männer. Frauen waren im Schnitt älter als Männer. Durch Angabe des ICD-10-Codes konnte die Verteilung der Krankheitsgruppen bei den Klinikpatienten zusammengefasst werden. Krankheiten des Kreislaufsystems (15,4 Prozent) und Neubildungen (14,9 Prozent) waren die häufigsten Hauptdiagnosen. Die meisten Klinikpatienten wurden in den Fachgebieten Innere Medizin (29,6 Prozent) und Chirurgie (25,3 Prozent) versorgt.

- **Pflegeabhängigkeit** - Bewohner in Pflegeheimen waren im Durchschnitt pflegeabhängiger als Krankenhauspatienten. Dies galt sowohl für Männer als auch für Frauen. Die höchste durchschnittliche Pflegeabhängigkeit in den Kliniken zeigte sich auf Intensivstationen und in der Geriatrie.
- **Sturzhäufigkeit** – In Pflegeheimen stürzten 3,9 Prozent und in Kliniken 3,7 Prozent der Beteiligten in den letzten zwei Wochen. Pro tausend Behandlungstagen waren es jedoch in Pflegeheimen 2,8 und in Kliniken 5,3 Stürze. In den Kliniken stürzten die Patienten der psychiatri-



*Sie können den Prävalenzbericht 2008 – Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus (102 Seiten) gegen ein Entgelt von 17,50 Euro (inkl. MwSt) gegen Rechnung per Fax oder E-Mail bestellen bei: Charité – Universitätsmedizin Berlin
Zentrum 1 Human- und Gesundheitswissenschaften – Institut für Medizin- /Pfle-gepädagogik und Pflege-wissenschaft
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.-Nr.: 030-450 529 092
Fax-Nr.: 030-450 529 900
E-Mail: dppf@charite.de
Homepage: <http://med-pfleg-paed-wiss.charite.de>*

schen Stationen am meisten. Sturzgefährdete trugen im Pflegeheim häufiger einen Hüftprotektor als in den Kliniken. In Krankenhäusern gab es relativ mehr Stürze mit mittleren oder schweren Folgen als in Pflegeheimen.

- **Inkontinenz** – Die Unterschiede zwischen Kliniken und Pflegeheimen sind erheblich. In Pflegeheimen leiden 73,4 Prozent der Bewohner und in Kliniken 17,4 Prozent der Patienten an Harninkontinenz. Für Stuhl-inkontinenz sind die Häufigkeiten vergleichbar. Männer haben häufiger einen Blasenkatheter als Frauen. Besonders auffällig ist die unterschiedliche Anzahl der von Inkontinenz betroffenen Personen innerhalb der beteiligten Einrichtungen, sowohl bei Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern.
- **Dekubitus** – Die Dekubitus-Risikoeinschätzung wurde anhand der Bradenskala vorgenommen. Dies ergab für Pflegeheime einen Anteil von 62,5 Prozent Risikopersonen, in den Kliniken betrug dieser Anteil 39,4 Prozent. Die Dekubitusprävalenz betrug in den Pflegeheimen 7,3 Prozent und in den Krankenhäusern 12,7 Prozent. Unter Berücksichtigung der Rücklaufquote lassen sich nach Einschätzung der Charité-Forscher Hochrechnungen zur tatsächlichen Prävalenz durchführen. In den Pflegeheimen war mehr als die Hälfte der Dekubituswunden im eigenen Haus entstanden, in den Kliniken war dies in 43,9 Prozent der untersuchten Patienten der Fall. Allerdings konnte in den Krankenhäusern bei 29 Prozent der Dekubitusfälle kein Entstehungsort ermittelt werden. Weitere Erkenntnisse: Patienten mit Dekubitus waren im Schnitt älter als Patienten ohne Druckgeschwür. Direkte Zusammenhänge mit bestimmten Krankheiten konnten nicht nachgewiesen werden.

Dekubitus: Deutlich besser als in Holland

Ein spezielles Kapitel im jüngsten Pflege-Prävalenzbericht ist einem deutsch-niederländischen Vergleich bei Dekubitus gewidmet. Dabei schneiden die deutschen Einrichtungen vergleichsweise gut ab: In den niederländischen Einrichtungen, die sich an der mit Deutschland vergleichbaren Erhebung beteiligt haben, sind die Dekubitus-Prävalenzen höher als in den deutschen Heimen und Kliniken. Besonders in den Pflegeheimen sind die deutschen Häuser demnach erheblich besser als die holländischen.

Ein besonders wichtiger Teil der Charité-Pflegestudien ist der Vergleich über die Jahre. Die meisten Merkmale änderten sich kaum, schreiben die Pflege-Wissenschaftler. Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern seien über die Jahre nahezu gleich geblieben, sowohl bei Pflegeabhängigkeit als auch bei Sturz, Inkontinenz und Dekubitus.

Auch innerhalb der Pflegeheime und Kliniken hat es nach den Ergebnissen der Untersuchungen kaum Veränderungen gegeben. „Um so relevanter sind daher die Merkmale, wo sich dann doch etwas geändert hat, oder wo ein deutlicher Trend über die Jahre dargestellt werden kann“, unterstreichen die Autoren. Letzteres sei der Fall beim Entstehungsort von Dekubituswunden: Jährlich gebe es in Kliniken mehr Wunden, deren Entstehungsort unbekannt sei. Bemerkenswert ist demnach auch, die jährlich zunehmende Verwendung von Standards und Risikoskalen bei Sturzereignissen und Dekubitus. Ebenfalls deutlich sei die Verschiebung von der Norton- zur Bradenskala bei den teilnehmenden Einrichtungen, wobei allerdings noch unklar sei, ob dieser Trend verallgemeinert werden kann.

Übertragung ärztlicher Leistungen:

Mediziner wollen Entlastung – Pflege pocht auf Eigenständigkeit

**An der Frage Delegation oder Substitution scheiden
sich die Geister**

Berlin (FokusPfleger) – Vielleicht sollte man in Zukunft auf solche Veranstaltungen verzichten. Bringt es etwas, wenn sich „Pflege“ und „Ärzteschaft“ treffen, um über ein an sich wichtiges und vor allem hochaktuelles Thema, wie es die Delegation von ärztlichen Leistungen nun mal ist, zu reden? Ja, wenn es um einen konstruktiven Gedankenaustausch geht. Doch die Diskussion „AGnES und Co: Wird die Schwester bald zum Doktor“ im Rahmen der Veranstaltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „KBV-kontrovers“ zwischen der Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Marie-Luise Müller, und dem KBV-Vorstandsmitglied, Dr. Carl-Heinz Müller, Ende Oktober in Berlin war nicht konstruktiv. Wenn das Adjektiv konstruktiv, das für aufbauend und unterstützend steht, im Sinne von produktiv, ordnend und förderlich verwendet wird, dann hat die Diskussion das Thema verfehlt.

Unglücklicher hätte der KBV-Vorstand Müller den Einstieg nicht wählen können. „Stellen Sie sich vor, Sie sitzen zu Hause und Ihr Partner hat Magenschmerzen. Sie rufen den ärztlichen Bereitschaftsdienst, weil Sie wollen, dass ein Arzt zu Ihnen kommt. Sie kämen doch gar nicht erst auf die Idee, dass eine Krankenschwester oder ein Angehöriger eines anderen nicht medizinischen Fachberufes diese Aufgabe erledigen könnte.“



Dr. Carl-Heinz Müller, KBV-Vorstand: „Stellen Sie sich vor, sie rufen den Notarzt und es kommt eine Krankenschwester.“

Wer, bitte schön, will das denn? Um es gleich vorweg zu nehmen: Marie-Luise Müller als Vertreterin der Pflege ganz sicher nicht. Selbst wenn alles, was der streitbaren Präsidentin des Pflegerates zum Thema Delegation, Substitution und – ja auch – Allocation ärztlicher Leistungen einfällt, von einem auf den anderen Tag Realität würde, auf eines kann man sich verlassen. Wer heute und in Zukunft den ärztlichen Bereitschaftsdienst ruft, zu dem kommt ein Arzt. Das weiß auch Dr. Carl-Heinz Müller.

Wer ist eigentlich AGnES?

Das Problem ist ein anderes. „In unseren heutigen Versorgungsstrukturen sind wir nicht in der Lage, in Zukunft die steigende Zahl chronisch Kranker und Multimorbider flächendeckend zu versorgen“, bringt es Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandschef, auf den Punkt. Um dem Mangel zu begegnen, hat man sich Feldversuche wie AGnES einfallen lassen. AGnES steht für arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte systemische Intervention und ist ein Modellprojekt zur besseren medizinischen Versorgung in dünn besiedelten Regionen, wie zum Beispiel Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Im Mittelpunkt steht die Entlastung der Hausärzte durch Praxisassistenten. Bei ihren Hausbesuchen erfasst AGnES den Gesundheitszustand des Patienten und kontrolliert auf Anweisung des Arztes den Blutdruck, nimmt Blut ab oder überwacht die Arzneimitteleinnahme. Durch die Delegation dieser Tätigkeiten können mehr Patienten innerhalb eines großen Gebietes betreut werden. Dr. Köhler befürwortet Projekte wie AGnES und ist durchaus dafür, dass Pflegekräfte und andere Fachberufe, vor allem aber qualifizierte medizinische Fachangestellte, mehr Aufgaben übernehmen.

Pflege will mehr



*Marie-Luise Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerates
„Ein Mensch ist nicht nur krank“*

Das will auch Marie-Luise Müller. Allerdings, so die Haltung des Deutschen Pflegerates, das Problem der Unter- und Fehlversorgung wird durch Modellprojekte wie AGnES nicht gelöst. Diese Modelle versuchen lediglich, die Defizite der bestehenden Strukturen zu kompensieren und werden dem tatsächlichen und zukünftigen Bedarf nicht gerecht. Präsidentin Müller: „Vor dem Hintergrund von demografischer Entwicklung, Hochaltrigkeit, Multimorbidität und der Zunahme von chronisch Kranken verändern sich die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen an das Gesundheitswesen. Es ist Zeit, diesen Erwartungen Rechnung zu tragen: Durch eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Medizin und Pflege, durch mehr Kompetenz für die Pflegenden, mit Perspektiven die nicht ausschließlich aus dem Medizinbetrieb gelenkt werden.“



Das 21. Jahrhundert hat einen Paradigmenwechsel eingeläutet und dieser Paradigmenwechsel geht eindeutig vom Krankheitsdenken zum Gesundheitsdenken

Für Marie-Luise Müller geht es bei der Frage der Neuordnung unter dem Aspekt der Substitution um mehr als um eine Frage nach ärztlicher Entlastung. Es geht eindeutig um einen Gesamtversorgungsprozess und nicht mehr nur um kleine, funktionsbestimmende Teilprozesse.

„Das 21. Jahrhundert hat einen Paradigmenwechsel eingeläutet und dieser Paradigmenwechsel geht eindeutig vom Krankheitsdenken zum Gesundheitsdenken. Wir brauchen ein Konzept, das nicht mehr allein die Krankheit des Menschen in den Mittelpunkt stellt, sondern die Frage der Lebensqualität. Diese Frage der Lebensqualität aber kann nicht mehr allein der Medizin überlassen werden. Wir brauchen eine Medizin die teilen kann in der Frage, was Menschen in einer alternden Gesellschaft tatsächlich benötigen. Um dieses Teilen geht es: Um das Teilen von Macht, das Teilen von Wissen und um das Teilen von Geld.“

Kampf um Pfründe

Neuverteilung? So weit wollen die Ärzte nicht gehen. Im Gegenteil: Die Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten in den Verantwortungsbereich anderer Fachberufe lehnt die KBV strikt ab. Die Ärztefunktionäre warnen vor einer „schleichenden Aushöhlung des medizinischen Versorgungsniveaus“. Die Verantwortung der Ärzte sei unteilbar und durch den Arztvorbehalt geregelt.

Marie-Luise Müller will etwas anderes. Sie wünscht sich – analog selbstständig tätiger Hebammen - Pflegekräfte mit eigenen Praxen, die in Ergänzung zur ärztlichen Therapie prophylaktisch und pflegerisch tätig werden. „Ein Mensch ist nicht nur krank. Es gilt durch hoch qualifizierte Pflegekräfte die gesunden Anteile zu fördern“, so Präsidentin Müller.

Auch in Zukunft werden die Ärzte an dieser Stelle „dicht machen“. Für selbstständig agierende Pflegekräfte ist in ihrem System kein Platz. Wie diese bezahlt werden sollen, hat Marie-Luise Müller offen gelassen. Damit niemand auf die Idee kommt, Mediziner sollten etwas abgeben, zieht es die KBV vor, am Thema vorbeizureden. Für arztentlastende Tätigkeiten eignet sich nach Ansicht der KBV am besten eine Praxismitarbeiterin. So sei die gegenseitige Information zwischen der nicht ärztlichen Fachkraft und dem Arzt immer und ohne zusätzlichen Abstimmungsaufwand gegeben. Dr. Carl-Heinz Müller: „Der Arzt muss sich auf die Mitarbeiterin verlassen können. Das setzt ein intensives Vertrauensverhältnis voraus. Das ist nur möglich, wenn die Praxisassistentin dem Praxisteam angehört und dort auch angestellt ist.“ Außerdem sei damit gewährleistet, dass die Delegationsleistungen unbürokratisch abgerechnet werden. Wie praktisch: KBV und Krankenkassen verhandeln zurzeit im Bewertungsausschuss über eine eigene Ziffer im einheitlichen Bewertungsmaßstab.

12 Uhr mittags: Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser ruft zu Meetings auf

Für zügige Refinanzierung aller Lasten und dauerhafte Aufhebung des Budgetdeckels – Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz im Bundestag – Schmidt: 2-Mrd.-Euro Finanzspritze reicht aus



Aufruf Aktionsbündnis

Berlin (FokusPfleger) – Wirtschaftliche Situation und ökonomische Perspektiven der über 2000 Kliniken haben sich laut „Krankenhaus Barometer 2008“ im Vergleich zu 2007 weiter verschlechtert. Bis zu 20.000 weitere Arbeitsplätze seien gefährdet, warnen Krankenhausträger. Das „Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser“ ruft alle Klinik-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter auf, sich am Dienstag, den 18. November, 12 Uhr mittags in einer halbstündigen „Aktiven Mittagspause“ zu versammeln, um für eine „auskömmliche finanzielle Ausstattung“ des stationären Sektors zu demonstrieren. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) weist alle Forderungen brüsk zurück, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fordern sogar die Kürzung der im Entwurf des Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetzes (KHRG) zugesagten zusätzlichen 2 Mrd. Euro. Jetzt sind die Abgeordneten des Bundestages, sowie der Bundesrat am Zug. Sie haben das letzte Wort - und nicht Ulla Schmidt oder Doris Pfeiffer oder Dr. Hans Jürgen Ahrens.



Dr. Hans Jürgen Ahrens, Chef des AOK-Bundesverbandes, fordert ein neues Krankenkassen-„Sparprogramm“ zu Lasten der Krankenhäuser und anderer Leistungserbringer

Das Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser plädiert dafür, dass aus dem KHRG-Gesetzesvorschlag der Bundesregierung in den parlamentarischen Beratungen ein umfassendes und nachhaltiges Hilfspaket wird. „Wir brauchen mehr als nur ein Trostpflaster“, lautet die Devise. Vor jedem Versuch, durch die Hintertür neue Kürzungen einzuführen, wird gewarnt. Die konkreten Forderungen des Aktionsbündnisses an die Bundestagsabgeordneten und an die Länderkammer:

- Volle – nicht nur 50-prozentige – Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und die Vorgabe einer prozentualen Erhöhungsrates im Gesetz.
- 100-prozentige Finanzierung der zusätzlichen 21.000 Arbeitsplätze für die Pflege in Krankenhäusern. Die vorgesehene Eigenbeteiligung ist gerade Krankenhäusern, die bereits in den roten Zahlen stecken, kaum möglich.
- Vollständige Finanzierung der Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung.



„100-prozentige Finanzierung der zusätzlichen 21.000 Arbeitsplätze für die Pflege in Krankenhäusern.“

Forderung des „Aktionsbündnisses zur Rettung der Krankenhäuser“



Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): „Nicht nur Banken und die gewerbliche Wirtschaft, auch die Krankenhäuser brauchen Hilfen gegen die Finanzkrise.“

- Der Budgetdeckel muss weg! Die Begrenzung der Vergütungszuwächse der Krankenhäuser durch Anbindung an die Grundlohnsomme muss dauerhaft beseitigt werden. Der geplante Orientierungswert muss die Budgetdeckelung vollständig ersetzen. Es darf nicht in das Belieben der Bundesregierung gestellt werden, ob dieser neue Wert angewendet oder unterstritten wird.

Krankenhäuser in das Konjunkturprogramm!

Ohne jede Resonanz blieb zunächst die Anregung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), im Zuge des Konjunkturprogramms des Bundes gegen die Wirtschaftsrezession den stationären Sektor mit Investitionsmitteln auszustatten. Das zweijährige sogenannte Investitionsprogramm, das die Bundesregierung am 12. November beschlossen hat, soll sich auf rund 30 Mrd. Euro summieren. Für die Investitionsförderung in Straßen und Gebäuden sind 10 Mrd. Euro vorgesehen. Dringend erforderliche Investitionen in Krankenhäusern sind nicht Bestandteil dieses Konjunkturprogramms. Warum eigentlich nicht, fragt DKG Hauptgeschäftsführer Georg Baum die großen Koalition: „In kaum einem Bereich bewirkt die öffentliche Investitionsförderung einen so starken Wachstums- und Konjunkturschub bei zugleich hohem sozialen Nutzen wie im Krankenhauswesen. Bei der gesetzlichen Umsetzung des Konjunkturprogramms muss dieser Aspekt berücksichtigt werden. Die DKG fordert Bund und Länder dazu auf, auch die Kliniken und den hier vorliegenden gewaltigen Investitionsstau in das Programm einzubeziehen.“

Empörung über den GKV-Spitzenverband

Bei der 114. Hauptversammlung der Ärztegewerkschaft am 7. November in Berlin verlangte Rudolf Henke, der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes (mb), 1,5 Mrd. Euro zusätzlich alleine für die Finanzierung der Tariflohnsteigerungen im stationären Sektor. Diese Kostenbelastung dürfe nicht nur – wie im KHRG vorgesehen – nur zur Hälfte von den Krankenversicherungen finanziert werden. Darüber hinaus müssten auch die gestiegenen Sach- und Energiekosten ausgeglichen werden. Die geplante KHRG-Finanzspritze in Höhe von insgesamt reichlich 2 Mrd. Euro pro Jahr sei „akut unterdosiert“, beklagte Henke. Seine Forderung: „Aus der unterdosierten Finanzspritze muss ein umfassendes Hilfspaket für die Kliniken werden, das den staatlich diktierten Budgetdeckel komplett abschafft, die Tarifentwicklung vollständig refinanziert und konkrete Schritte zur Auflösung des Investitionsstaus und zur Erhöhung der regelmäßigen Investitionsförderung durch die Bundesländer vorsieht.“ Laut DKG haben die Krankenhäuser im laufenden und im nächsten Jahr insgesamt zusätzlich 6,7 Mrd. Euro zu finanzieren.



<http://www.dkgev.de>

*Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pressemitteilung vom 29. Oktober 2008 plus Anhang: DKG stellt „Krankenhaus Barometer 2008“ vor – Kein Licht am Ende des Tunnels (pdf, 5 Seiten)
Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer kompakt – Umfrage 2008 (pdf, 15 Seiten)*

Ulla Schmidt: „Kliniken haben eine Menge Geld“

Ministerin Schmidt beziffert die zu erwartenden Mehreinnahmen der Krankenhäuser im nächsten Jahr – einschließlich der zu erwartenden regulären Steigerungen – auf insgesamt 3,5 Mrd. Euro, und „das ist eine Menge an Geld“, so die SPD-Politikerin. Der AOK-Bundesverband rechnet 2009 mit noch höheren GKV-Ausgabensteigerungen für die Krankenhausbehandlung und spricht sich deshalb für eine gesetzliche Deckelung bei insgesamt 3,5 Mrd. Euro aus. (Im ersten Halbjahr 2008 waren die Klinikausgaben der Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um knapp 1 Mrd. Euro oder 3,7 Prozent angewachsen.) Gesundheitskassen-Verbandschef Dr. Hans Jürgen Ahrens fordert von der Regierung gar ein umfassendes „Sparpaket“, um sicherzustellen, „dass es 2009 keine Finanzlücke geben wird“. Empört reagierte Henke bei der mb-Hauptversammlung auf Bestrebungen des GKV-Spitzenverbandes, die Krankenhausmittel im KHRG-Gesetzgebungsverfahren um 1,3 Mrd. Euro zu kürzen. Dies habe Verbandschefin Doris Pfeiffer in einem Brief an das Ministerium eingefordert. Würde die Koalition „dieser Idee folgen, wäre die Tarifentwicklung nicht mehr zu 50 Prozent finanziert, sondern gar nicht mehr“, so Henke.

Fester DRG-Preisauflschlag gefordert

Darüber hinaus hat die DKG noch ein weiteres Problem mit dem KHRG: Der Trägerverband appelliert „dringend“ an die Bundestagsabgeordneten, das im Gesetzentwurf vorgesehene Hilfsvolumen „als festen prozentualen Aufschlag auf die Fallpauschalenpreise zu beschließen“. Nach der bislang vorgesehenen Regelung müssten die Kliniken nämlich „erst noch langwierige Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen über die Höhe der Auswirkungen der diversen Tarifverträge geführt werden“. Bis die Häuser von den finanziellen Hilfen profitieren könnten, wäre „mehr als die Hälfte des Jahres vergangen“, befürchtet die DKG. Viele Krankenhäuser würden dadurch in ernsthafte Liquiditätsprobleme geraten. Hinzu kommt: Zunehmend berichteten Kliniken inzwischen über eine zögerliche Kreditvergabe durch die Banken. „Nicht nur Banken und die gewerbliche Wirtschaft, auch die Krankenhäuser brauchen Hilfen gegen die Finanzkrise“, meint die DKG.

2009 wird schlechter, befürchtet jedes zweite Haus

„Seit Jahren haben die Krankenhäuser nicht mehr so pessimistisch und sorgenvoll in die Zukunft geschaut“, kommentiert DKG-Hauptgeschäftsführer Baum Ergebnisse des Ende Oktober veröffentlichten „Krankenhaus Barometers 2008“. Der Anteil der Häuser mit verschlechtertem Jahreser-

gebnis habe zugenommen, die Zahl der Kliniken mit betriebswirtschaftlichen Verlusten liege bei knapp 30 Prozent und damit „unverändert hoch“. Obwohl in der Regel zeitlich befristet, liefen noch immer rund 200 Krankenhäuser unter tariflichen Ausnahmebedingungen, so Baum weiter. Hinzu kämen viele Kliniken, die aus Tarifgemeinschaften ausgetreten seien. Noch schlechter sind laut DKI-Umfrage die Erwartungen für das laufende und für das kommende Jahr. Ohne „akzeptable Refinanzierung der 6,7 Mrd. Euro großen Kostenlücke“ werde die Zahl der Krankenhäuser mit Verlusten weiter zunehmen, prognostiziert Baum. „Mehr als 20.000 Arbeitsplätze müssten abgebaut werden, die Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiter würde sich weiter verschärfen“. Am Ende stehe „die Rationierung in der Patientenversorgung, die zunehmend spürbar wird“, so der DKG-Hauptgeschäftsführer.

Die aktuellen „Barometer“-Ergebnisse beruhen auf den Angaben von 347 Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten, die zwischen April und Juni erhoben wurden. Nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in Düsseldorf sind die Befunde repräsentativ für alle Kliniken dieser Größe, die gemäß § 108 Sozialgesetzbuch V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind. Das „Barometer“ gehört seit dem Jahr 2000 zum Instrumentarium der DKI. Zentrale Ergebnisse der jüngsten Erhebung lauten zusammengefasst:

- 2007 erzielte nur noch gut die Hälfte der Krankenhäuser einen Überschuss. Knapp 30 Prozent der Häuser schrieben Verluste. Gut 17 Prozent wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis aus.
- Im Vergleich zu 2006 ist 2007 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser das Jahresergebnis gesunken (36 Prozent), gestiegen (33 Prozent) oder weitgehend gleichgeblieben (30 Prozent). Erstmals seit 2004 ist der Anteil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis somit größer als der Anteil der Kliniken mit verbessertem Ergebnis.
- Nur noch gut 21 Prozent der Krankenhäuser schätzen ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als „eher gut“ ein, während 34 Prozent sie als „eher unbefriedigend“ beurteilen und 43 Prozent bei dieser Frage „unentschieden“ sind.
- Für das Jahr 2009 erwarten zahlreiche Häuser einen weiteren Rückgang ihrer Jahresergebnisse. Demnach würde der Anteil der Kliniken mit einem Jahresüberschuss um rund ein Fünftel auf dann 32 Prozent sinken.
- Für das Jahr 2009 erwartet jedes zweite Krankenhaus eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Seit 2004 fielen die Zukunftserwartungen der Kliniken nicht mehr so pessimistisch aus wie in diesem Jahr.

- Die Ursachen dafür liegen in deutlichen Kostensteigerungen von insgesamt rund 8 Mrd. Euro für die Jahre 2008 und 2009. Dem stehen erwartete Vergütungszuwächse durch bereits bestehende bzw. anstehende gesetzliche Regelungen von etwa 3 Mrd. Euro gegenüber. Das strukturelle Defizit der Häuser für die Jahre 2008 und 2009 beträgt somit 5 Mrd. Euro.
- Bereits für gut 9 Prozent der Krankenhäuser gilt derzeit ein „Notlagentarifvertrag“ bzw. ein Tarifvertrag zur „Zukunftssicherung“ des Krankenhauses. In weiteren gut 3 Prozent der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant. Ein Notlagentarifvertrag bedeutet für die Beschäftigten Gehaltseinbußen, z.B. wegen Abweichungen vom Tariflohn oder Kürzungen von Weihnachts- und Urlaubsgeld.
- Rund zwei Drittel der Krankenhäuser kann derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. In Häusern mit Stellenbesetzungsproblemen sind im Schnitt 4 Prozent der Arztstellen vakant. Hochgerechnet auf alle Krankenhäuser bleiben 4.000 Arztstellen unbesetzt. Die Anzahl offener Arztstellen hat sich damit binnen drei Jahren in etwa verdreifacht.

Wirtschafts-Sachverständigenrat (SVR) zur Pflegeversicherung

Chance vertan – Finanzierungsreform verpasst

Forderung nach einkommensunabhängigen Beiträgen bekräftigt

Berlin (FokusPfleger) – Der Wirtschafts-Sachverständigenrat (SVR) der Bundesregierung hat die letzten Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) durch die große Koalition scharf kritisiert. Der SVR – vorneweg sein Vorsitzender, Prof. Dr. Bert Rürup - plädiert seit Jahren in beiden Zweigen für einkommensunabhängige, einheitliche Kopfprämienzahlungen („Bürgerpauschale“) mit flankierendem Sozialausgleich aus Steuergeldern. Für die private Krankheitskostenvollversicherung (PKV) mit Risikoselektion als alternatives System für Besserverdiener jenseits der Versicherungspflichtgrenze (die laut SVR ökonomisch nicht zu begründen ist) sowie für Beamte/Richter/Politiker etc. ist in diesem Versicherungsmodell allerdings kein Platz mehr. Die PKV-Vollversicherung müsste demnach de facto abgeschafft werden bzw. langfristig auslaufen und in ein einheitliches Versicherungssystem mit gleichen Spielregeln in GKV und PKV transformiert werden, sind Rürup und der Rat überzeugt. Eine PKV bisheriger Art mit



„Bei der sozialen Pflegeversicherung ist das Zeitfenster für einen Umstieg zu einer kapitalgedeckten Bürgerversicherung faktisch geschlossen.“

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2008/2009



<http://www.sachverstaendigenrat.org>

risikoäquivalenten Prämien und Risikoausschlüssen müsste sich künftig in der Kranken- wie in der Pflegeversicherung darauf beschränken, kapitalgedeckte Zusatzversicherungspolice anzubieten.

Der Wirtschafts-Sachverständigenrat hält das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) für unzulänglich und nicht zukunftsgerecht. „Das Zeitfenster für einen Umstieg zu einer kapitalgedeckten Bürgerversicherung ist faktisch geschlossen“, kritisieren die fünf Professoren. Die Leistungsverbesserungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes begrüßt zwar der Rat „grundsätzlich“. Trotz der damit verbundenen Ausgabensteigerungen sei jedoch „auf eine die nachhaltige Absicherung gewährleistende Reform der Finanzierungsseite verzichtet“ worden. Mitte 2008 sei „lediglich“ der allgemeine Beitragssatz von 1,7 Prozent um 0,25 Prozentpunkte erhöht worden. Die unter anderem dadurch bedingten Beitragseffekte würden aber immerhin dazu führen, dass die soziale Pflegeversicherung (SPV) das laufende Jahr trotz zusätzlicher Ausgaben mit einem Einnahmenüberschuss in Höhe von etwas mehr als 400 Mio. Euro abschließen wird, prognostizieren die Sachverständigen. Im Jahr 2007 hatte die SPV noch ein 300-Mio.-Euro-Defizit eingefahren. Ende 2008 wird der weiterhin positive SPV-Mittelbestand wieder anwachsen, und zwar auf knapp 3,6 Mrd. Euro. Bis zum Jahre 2014 dürfte demnach die beschlossene Beitragssatzerhöhung die Ausgaben für die beschlossenen Leistungsverbesserungen abdecken. Aufgrund zunehmender Bevölkerungsalterung und Pflegebedürftigkeit seien jedoch weitere Beitragssatzerhöhungen unvermeidlich, und zwar auf über 3 Prozent im Jahre 2050, formuliert der SVR eine gewagte Langfristprognose über vier Jahrzehnte.

Im Interesse eines einheitlichen Versicherungsmarktes müssten die „effizienzfeindliche“ GKV-/SPV-Versicherungspflichtgrenze überwunden, die in der Zukunft steigenden Pflegekosten von den Arbeitskosten abgekoppelt sowie die intergenerative Umverteilung zulasten der Jüngeren beseitigt oder zumindest deutlich reduziert werden, fordern die Wirtschafts-Sachverständigen. Deshalb unterstreicht und erneuert der SVR seinen seit vier Jahren formulierten Reformvorschlag einer umlagefinanzierten Bürgerpauschale (= einkommensunabhängige Kopfpauschale) mit einem integrierten steuerfinanzierten Sozialausgleich und das Kohortenmodell mit einem Übergang zu einem kapitalgedeckten System. Werde an der einkommensabhängigen Beitragsbemessung im Rahmen des Umlageverfahrens in der sozialen Pflegeversicherung festgehalten, bleibe als einzige Möglichkeit, das Beitragssplitting in der sozialen Pflegeversicherung weiterzuentwickeln, fordert der Rat. Mit anderen Worten: Beiträge für Rentner sollen bei unabwendbaren Beitragsanhebungen künftig stärker angehoben werden als für Arbeitnehmer.



Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des Deutschen Hospizverbandes: „Die Versorgung sterbender Menschen ganzheitlich denken!“

Zur Sache

Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verbandes zu Netzwerken bei der Palliativversorgung

„Hospizarbeit – auch die ehrenamtliche Hospizarbeit – und Palliativmedizin müssen integrativ arbeiten, wenn wir zu Netzwerken kommen wollen, die sich an den Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientieren.“

Meldungen

GKV-Spitzenverband: Schulnoten für Pflegeheime. Die Leistungen und Qualität von Pflegeheimen werden ab 2009 mit Schulnoten bewertet. Darauf haben sich der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Heimträger nach langen Verhandlungen geeinigt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird jedes Heim jährlich unangemeldet kontrollieren und dabei einen Katalog von 83 Einzelpunkten abfragen. Am Ende steht demnach eine Gesamtnote, die sich an das Schulnotensystem anlehnt. Die Prüfer kontrollieren bei ihren Heimbisuchen unter anderem die Verpflegung, soziale Betreuung, medizinische Versorgung, Hygiene und den Umgang mit Demenzkranken. Die Ergebnisse sollen ab komendem Jahr dann schrittweise über die Landesverbände der Pflegekassen im Internet veröffentlicht und auch in den Heimen selbst ausgehängt werden. Schlechte Noten haben aber keine unmittelbaren Konsequenzen. Allerdings kann eine Folgeprüfung angekündigt werden. Generell ist die Heimaufsicht Sache der Länder. Mit der Vereinbarung setzten Kassen und Heimträger einen Auftrag aus der Reform der Pflegeversicherung um, die Prüfberichte in Heimen transparenter zu machen.

Bundeskabinett: Strategie gegen Antibiotika-Resistenzen. Das Bundeskabinett hat ein Konzept zur Eindämmung von Antibiotika-Resistenzen verabschiedet. Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) soll die Hauptursachen für die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen im human- und veterinärmedizinischen Bereich konsequent bekämpfen. Wie Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) betont, werde die Behandlung von Infektionskrankheiten immer schwieriger, weil Antibiotika zu oft unnötig und ungezielt eingesetzt werden und dadurch die Zahl der resistenten Erreger steigt. „Es kann verhängnisvoll sein, wenn ein Antibiotikum in einer lebensbedrohlichen Situation nicht mehr wirkt, weil Infektionserreger bereits widerstandsfähig (resistent) geworden sind“, so Ulla Schmidt. Das Maßnahmenpaket nennt konkrete Ziele und Aktionen, die in den nächsten fünf Jahren umgesetzt werden sollen, um die steigende Zahl resistenter Erreger einzudämmen. Dazu zählt der Ausbau der Überwa-



<http://www.bmg.bund.de/antibiotika-resistenzstrategie>

chungssysteme, die über Antibiotika-Resistenzen und den Verbrauch dieser Medikamente informieren. Diese Informationen sollen unter anderem an Ärzte zurückfließen. Zudem sollen die Anwendung von Empfehlungen zur Antibiotika-Therapie verbessert werden, um einen gezielten Einsatz der Mittel zu erreichen.

Bundesverband Geriatrie: Sparpotenziale ausgereizt. Vor einer weiteren Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation geriatrischer Einrichtungen warnt der Bundesverband Geriatrie. „In den vergangenen zwei Jahren hat sich der Preisanstieg rund um die Versorgung der Patienten noch einmal deutlich verschärft, gleichzeitig sind die vorhandenen Sparpotenziale in den Einrichtungen endgültig ausgereizt“, sagt Geschäftsführer Dirk van den Heuvel. „Da finanzielle Rücklagen aufgrund der äußerst knappen Erlössituation der vergangenen Jahre nicht vorhanden sind, ist somit auch kein Potenzial gegeben, um finanzielle Durststrecken zu überbrücken.“ Dies habe unmittelbare Folgen für den Erhalt der geriatrischen Rehabilitation. Mit dem drohenden wirtschaftlichen Ausstehe der Versorgungszweig „Geriatrische Rehabilitation“ in seiner Gesamtheit zur Disposition, so van den Heuvel. Wenn auch zukünftig eine qualitätsorientierte fachspezifische Versorgung der geriatrischen Patienten in Deutschland flächendeckend gewährleistet werden soll, muss die wirtschaftliche Basis der Einrichtungen kurzfristig wieder hergestellt werden.

Pflege: Erheblicher privater Einsatz. Der Umfang der privat erbrachten Pflegeleistungen wird unterschätzt. Darauf weist die Direktorin des Zentrums Altern und Gesellschaft der Universität Vechta, Gertrud Backes, hin. Im Auftrag der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung hat sie Umfang und Bedeutung der privat erbrachten Pflegearbeit unter der Geschlechterperspektive untersucht. Nach ihren Berechnungen beträgt die Wertschöpfung im Bereich der häuslich-privaten Pflegearbeit rund 44 Milliarden Euro. Diese Summe sei um ein Dreifaches höher als die Ausgaben für die private Pflegeversicherung. Die Arbeitszeit, die dafür gebraucht wird, entspricht mehr als drei Millionen Vollzeitarbeitsplätzen. Nach wie vor würden vor allem Frauen ihre Angehörigen pflegen. Zwei Drittel der Pflegearbeit werde von ihnen geleistet, so Backes.

Aus den Bundesländern



Baden-Württemberg. Die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung ambulanter Hospizdienste wurden 2008 nicht ausgeschöpft. Sozialministerin Dr. Monika Stolz (CDU) kritisierte, dass von insgesamt 3,6 Millionen Euro nur 2,6 Millionen Euro genutzt werden. Ursache hierfür seien die eng gefassten Voraussetzungen der Förderung, die in der Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Kassen und den Leistungserbringern auf Bundesebene festgelegt sind. So muss ein Dienst zum Beispiel über mindestens 15 ehrenamtlich Engagierte verfügen, eine Zahl, die gerade im ländlichen Bereich nur schwer zu erreichen ist. Dies habe das Land seit Verabschiedung der Rahmenvereinbarung im Jahr 2002 wiederholt kritisiert, so die Ministerin. Das Ministerium habe von Anfang an vorgeschlagen, bereits bei sieben Engagierten Fördermittel bereitzustellen. Damit künftig mehr ambulante Hospizdienste als bisher in den Genuss der Kassenförderung kommen können, will sich Stolz bei den Spitzenverbänden mit einem Ministerschreiben für eine Flexibilisierung der Vereinbarung einsetzen. Denkbar wäre zum Beispiel, die nicht verausgabten Fördermittel für innovative Projekte, Anschubfinanzierungen oder Bonuszahlungen einzusetzen. Gegenwärtig gibt es 258 ambulante Hospizdienste und Sitzwachengruppen im Land. Davon erhielten 117 Dienste Mittel von den gesetzlichen Kostenträgern.



Schleswig-Holstein. Ausweitung der ambulanten Behandlung in Krankenhäusern. Die Beteiligtenrunde zur Krankenhausplanung hat weiteren Krankenhäusern in Schleswig-Holstein Zulassungen zur ambulanten Behandlung für hoch spezialisierte Leistungen, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltenen Erkrankungen erteilt. Dazu gehören zum Beispiel Krebserkrankungen, schwere Verlaufsformen von rheumatologischen Erkrankungen oder Herzschwäche, multipler Sklerose und Anfallsleiden. Damit können jetzt insgesamt 18 Krankenhäuser im Land bestimmte ambulante Behandlungen durchführen. „Schleswig-Holstein hat seine bundesweite Vorreiterrolle auf diesem Gebiet weiter ausgebaut“, erklärte Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht (CDU). „Die Öffnung der Krankenhäuser ist ein wichtiger Schritt zu einer gerechteren Gesundheitsversorgung, da der Zugang zu Spezialisten erleichtert wird, egal ob für Kassen- oder Privatpatienten. Die integrierende Versorgung ist die Versorgungsform der Zukunft.“



Rheinland-Pfalz. Pflegestammtisch als neues Gesprächsforum. Auf Initiative und unter der Schirmherrschaft von Sozialministerin Malu Dreyer (SPD) werden sich künftig in Rheinland-Pfalz pflegende Angehörige, Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und Diensten, Vertreter von Selbsthilfegruppen, der Pflege- und Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes

der Krankenversicherung, der Heimaufsicht, aber auch interessierte Bürger regelmäßig zum Austausch treffen. Im Mittelpunkt der Diskussion soll jeweils ein aktuelles Thema aus der Pflege stehen. Daneben sollen die Stammtische ihrem Namen auch gerecht werden, indem sie den Teilnehmern die Möglichkeit geben, zu sagen, „was ihnen auf der Seele brennt, und Kritik zu üben“, sagte die Ministerin. Für sie sind Pflegestammtische auch ein wichtiges Forum, um Verbesserungsbedarf zu erkennen und Mängel zu beseitigen. „Eine menschliche Pflege liegt mir sehr am Herzen. Deshalb ist es wichtig, Foren zu haben, in denen sich die Menschen über Erlebnisse in der Pflege austauschen können“, so Malu Dreyer.



Brandenburg. Positives Fazit der „Pflegeinitiative Brandenburg“. Die anderthalb Jahre währende Kampagne unter dem Titel „Später beginnt jetzt“ habe die Wahrnehmung des einstigen Tabuthemas Pflege nachhaltig verändert, sagte Sozialministerin Dagmar Ziegler (SPD) auf der abschließenden Veranstaltung in Cottbus. An der Pflegeinitiative beteiligten sich zahlreiche Partner. Bei den insgesamt 114 Projekten ging es sowohl um Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung als auch um die Sicherung der Qualität oder die Stärkung der gesellschaftlichen Verantwortung. Besonders herausragende Projekte, so Ziegler, seien die Schaffung eines landesweiten Beratungstelefon „Pflege in Not“, die Erarbeitung von Tiertherapien für Demenzkranke oder der Aufbau von Freiwilligendiensten gewesen.

Zahl der Woche

Die Gesamteinnahmen der sozialen Pflegeversicherung beliefen sich im ersten Halbjahr 2008 auf rund **9 Mrd. Euro** (plus **2,8 Prozent** im Vergleich zum Vorjahreszeitraum), die Gesamtausgaben summierten sich auf **9,4 Mrd. Euro** (plus **2,9 Prozent**).

Quelle: Wirtschafts-Sachverständigenrat, Jahresgutachten 2008/2009

IMPRESSUM

Fokus Pflege Der Dienst
V. i. S. d. P.: Cornelia Bürger
Redaktion: Cornelia Bürger (Ltg.),
Karl H. Brückner (Parlament),
Ingrid Dörschel (Assistenz)
Grafik: Sabine Schmitt
Fotonachweis: fotolia

Redaktionsanschrift:
Franz-Mehring-Platz 1
10243 Berlin
Telefon +49 30 / 2978 4714
Fax +49 30 / 2978 4716
info@fokus-pflege.de