

Editorial: „Krankenhausstrukturgesetz – Einschätzung aus Patientensicht“



München – Die Große Koalition will mit ihrer Krankenhausreform vornehmlich Strukturveränderungen einleiten. Zwar ist das Problem einer ausreichenden Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nicht gelöst, denn dafür sind die Länder zuständig. Aber die strukturelle Wirkung der ab dem kommenden Jahr in Kraft tretenden Regelungen der Reform, die darauf abzielen, fühlbar mehr Qualität „an die Betten“ zu bringen, sollte nicht unterschätzt werden. Schon allein die mit der Umsetzung der Regelungen des Gesetzes verbundene intensive Kommunikation über das Thema „Qualität“ in seinen verschiedenen Facetten, bewirkt positive Veränderungen. Das war schon im Vorfeld der Reform erlebbar. Das Krankenhausstrukturgesetz bietet die Chance für die Patientinnen und Patienten, grundsätzliche Anliegen deutlich einzubringen. Denn in der Umsetzung mancher Regelung wird insbesondere die Expertise der Patientensicht gefragt sein. Mit diesem Patientenbrief soll das Krankenhausstrukturgesetz – insbesondere die Regelungen die direkt Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten haben – in den Blick genommen werden.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

Schwerpunkt: „Krankenhausstrukturgesetz – Einschätzung aus Patientensicht“

- **Die Krankenhausreform kommt**
Berlin – Am 1. Januar 2016 tritt das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft. Damit wurde ein wesentlicher gesundheitspolitischer Punkt des Ende 2013 zwischen CDU/CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrages abgearbeitet. » [Seite 3](#)
 - **Die Krankenhausreform unter der Lupe**
Berlin – Der Startschuss für die im Koalitionsvertrag angekündigte „Qualitätsoffensive“ ist gefallen. An zahlreichen Stellschrauben wurde gedreht. Kommt nun für die Patienten im Krankenhausbereich der große Sprung nach vorn? » [Seite 5](#)
 - **Wie fällt die Bewertung insgesamt aus?**
Berlin – Verbände und Institutionen von Patientinnen und Patienten haben die Ausrichtung der Ausrichtung der Krankenhausreform grundsätzlich bejaht. Doch haben auch ihre spezifischen Belange Gehör gefunden? » [Seite 8](#)
-
- **Die ambulante Notfall-Versorgung im Umbruch**
Berlin – Eine gesetzliche Neu-Regelung der ambulanten Notfallversorgung löst heftigen Unmut in der Vertragsärzteschaft aus. Ursache ist die geplante engere Verzahnung mit den Krankenhäusern in Form von „Portalpraxen“ wie auch die damit zusammenhängenden Vergütungsregelungen. » [Seite 10](#)
-
- **Was kann der neue „Strukturfonds“ leisten?**
Berlin – Große Veränderungen im stationären Sektor bis hin zur Schließung eines Krankenhauses, lösen oftmals massive Widerstände aus. Was aber wäre, wenn stattdessen eine andere medizinische oder pflegerische Einrichtung entstünde? Ein „Strukturfonds“ soll das möglich machen. » [Seite 12](#)



- **Patientensicherheit – Mittelpunkt einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung**
Berlin – Zum achten Mal fand am 5. November 2015 in Berlin der Patientendialog von GSK statt, diesmal zu dem Schwerpunktthema „Patienten als Treiber der Patientensicherheit – Wo kann die Reise in Zukunft hingehen?“. » [Seite 14](#)

Großer Wurf?

Die Krankenhausreform kommt

Berlin – Am 1. Januar 2016 tritt das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft. Damit wurde ein wesentlicher gesundheitspolitischer Punkt des Ende 2013 zwischen CDU/CSU und SPD geschlossenen Koalitionsvertrages abgearbeitet.

„Mit dem Krankenhausstrukturgesetz legen wir die Grundlagen für eine gute Weiterentwicklung der qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in unserem Land“, sagte Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, in seiner Bundestagsrede am 5. November 2015. Der Bundestag hatte an diesem Tag das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) in zweiter und dritter Lesung beraten und mit den Stimmen der großen Koalition beschlossen. Damit ist nun der Weg frei: Das Gesetz wird grundsätzlich zum 1. Januar 2016 in Kraft treten, auch wenn nicht alle Neuregelungen sofort greifen.

Zunächst galt es, in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Eckpunkte für die Krankenhausreform zu erarbeiten. In regelmäßigen Gesprächen konnte bis Dezember 2014 eine aus landes- und bundespolitischer Sicht tragfähige Grundlage für die Reform geschaffen werden. Woran aber „kranke“ das bisherige System überhaupt? Und welchen Handlungsbedarf sah die Politik?

Ein Anlass für die Krankenhausreform war die kontrovers geführte Diskussion um Mengenausweitungen an Kliniken. Die stationären Fallzahlen der Krankenhäuser stiegen zwischen 2004 und 2011 von 16,8 Millionen auf 18,3 Millionen an (+9 %). Im Fokus stand deshalb die Frage, ob die steigenden Fallzahlen auf falsche finanzielle Anreize zurückzuführen sind, sprich ob des Geldes wegen unnötig viel operiert wird. So nimmt Deutschland bei der Zahl der Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen international einen Spitzenplatz ein, Länder wie die Niederlande oder auch die USA liegen etwa um die Hälfte niedriger.

Gleichzeitig wurden vom überwiegenden Teil der Experten und der Politik Überkapazitäten im Krankenhausbereich gesehen. Deutschland verfügt über 8,3 Betten pro 1.000 Einwohner – höher liegen weltweit nur noch Korea und Japan. Deshalb sollten in der Krankenhausreform Anreize für einen Bettenabbau geschaffen werden.

Überkapazitäten und zu viele Operationen

„Wir haben in Deutschland mit Blick auf die Krankenhäuser ein grundlegendes Problem: Wir haben einerseits zu viele Betten, und zum Teil zu viele Leistungen in Diagnostik und Therapie, die erbracht werden.“

Professor Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Ein weiteres in Angriff genommenes Problem: Die Qualität der stationären Versorgung. Zu schwankend und gleichzeitig zu intransparent – so lauteten hier oft genannte Kritikpunkte. Eine „Qualitätsoffensive“ soll Besserung bringen. Bei der Krankenhausplanung der Länder wird Qualität eine stärkere Rolle spielen, gute Leistung soll belohnt und schlechte bestraft werden und es soll mehr Transparenz Einzug halten.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung und Pflege im Krankenhaus kann aber natürlich nur dann gelingen, wenn ausreichend Personal zur Verfügung steht. Und da sieht es speziell bei Krankenschwestern

und Pflegern nicht nach einer luxuriösen Personalausstattung aus, im Gegenteil. Beim Personalschlüssel in der Krankenpflege liegt Deutschland, zusammen mit Spanien, europaweit an letzter Stelle. Zehn Patienten kommen im Mittel auf eine Krankenschwester oder einen Pfleger. Das sind katastrophale Zustände in der Pflege. In Norwegen beispielsweise teilen sich vier Patienten eine Pflegekraft. Ein Pflegestellenförderprogramm soll Abhilfe schaffen.

Was lange währt, wird endlich gut?

Bereits die Bund-Länder-Gespräche verliefen nicht ganz ohne Interessenskonflikte. Speziell bestimmte Finanzierungsfragen sorgten und sorgen für Reibereien – Stichwort Investitionskostenfinanzierung.

Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 sieht eine duale Finanzierung vor. Danach übernehmen die Krankenkassen die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser. Für die Investitionen (z.B. Baumaßnahmen und die Anschaffung von Großgeräten) hingegen sind die Bundesländer zuständig. Das Fördervolumen liegt in der Eigenverantwortung der Bundesländer. Diese haben seit 2002 ihre Investitionen um fast 16 Prozent verringert.

Nachdem die Eckpunkte der Krankenhausreform bekannt geworden waren und das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren anlief, entspann sich ein Reigen aus Zustimmung, Ablehnung, Änderungswünschen, Warnungen vor einer Verwässerung und öffentlichkeitswirksamen Protesten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierte massiv finanzielle Kürzungen, verwies auf eine ohnehin schon bestehende Unterfinanzierung der Kliniken und bezeichnete die Reform als „Mogelpackung“. Die Krankenkassen hielten mit eigenen Zahlen dagegen und warnten vor einer Verwässerung der Reform. Und beide zusammen wiesen darauf hin, dass eins der größten Probleme, der weitgehende Rückzug der Länder aus der Investitionsförderung, nicht gelöst werde.

Wahrscheinlich nicht zuletzt aufgrund einer öffentlichkeitswirksamen Kampagne der DKG, die in einer Kundgebung vor dem Brandenburger Tor in Berlin gipfelte, flossen in die endgültige Fassung der Krankenhausreform einige Zugeständnisse an die Kliniken ein. DKG-Präsident Thomas Reumann sprach nunmehr von einer „wichtigen Weichenstellungen für die patientenorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung“. Die Kassen hingegen monieren Mehrkosten für die Beitragszahler, deren Gegenleistung in Form von mehr Qualität sich, wenn überhaupt, erst mit einiger zeitlicher Verzögerung zeigen wird.

Weiterführende Links:

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode
<https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>

Die Informationsseite des Bundesgesundheitsministeriums zur Krankenhausreform
<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz.html>

Patientenorientierte Regelungen?

Die Krankenhausreform unter der Lupe

Berlin – Der Startschuss für die im Koalitionsvertrag angekündigte „Qualitätsoffensive“ ist gefallen. An zahlreichen Stellschrauben wurde gedreht. Kommt nun für die Patienten im Krankenhausbereich der große Sprung nach vorn?

Mehr als dreißig Mal kann man im Krankenhausstrukturgesetz das Wort „Qualität“ lesen, in Abwandlungen sogar über einhundert Mal. Und in der Tat wird der Aspekt „Qualität“ in vielfältiger Weise aufgegriffen und konkret umgesetzt.

Eine wichtige Neuerung stellt die Einführung von Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung dar. Das Zielkriterium im Krankenhausfinanzierungsgesetz einer „nur“ bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung wurde um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung erweitert. Die Qualität der Leistungserbringung eines Krankenhauses soll Konsequenzen für die Einrichtung, bis hin zur Schließung, haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die als Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet scheinen – verbindlich sind diese jedoch für die Länder nicht.

Zuständig für die Messung dieser Indikatoren wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sein. Die Ergebnisse dieser Messungen werden die Grundlage für zwei weitere wichtige Neuerungen sein. Zum einen soll das IQTIG die Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form aufbereiten und im Internet veröffentlichen. Um noch mehr Transparenz für Patienten und Versicherte zu erzeugen, sollen besonders wichtige Informationen der hauseigenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser künftig in einem gesonderten, in übersichtlicher Form und patientengerechter Sprache dargebotenen Berichtsteil zusammengefasst werden. Diese Berichte müssen künftig von den Krankenhäusern auch auf ihren eigenen Internetseiten veröffentlicht werden.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seit 2013 sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Die Qualitätsberichte bieten zwar einen umfassenden Überblick über die Strukturen, Leistungen und Qualitätsdaten eines einzelnen Krankenhauses und seiner Fachabteilungen, sind jedoch zum Teil mehrere hundert Seiten stark und sehr fachlich formuliert.

Zum anderen sollen die Messungen genutzt werden, um ein System zu etablieren, welches Zu- und Abschläge bei der Vergütung von Krankenhausleistungen nutzt, um gute Qualität zu fördern. Nach der Entwicklung der benötigten Indikatoren durch den G-BA soll der Einstieg hierzu im Jahr 2017 erfolgen. Skeptiker weisen darauf hin, dass die Auswahl der zugrundeliegenden Indikatoren extrem behutsam erfolgen müsse, um Vermeidungsstrategien und Zielkonflikte zu verhindern. Auch Christof Veit, Leiter des IQTIG, wies bereits darauf hin, dass eine qualitätsorientierte Vergütung nicht in jedem Fall funktioniert. Bei spezifischer Anwendung seien international jedoch gute Ergebnisse erzielt worden.

Pay for performance

Bei dieser Vergütungsmethode wird die Höhe der Vergütung davon abhängig gemacht, dass bei der Versorgung bestimmte, klar definierte Ziele erreicht werden. Dies soll Defizite in der Behandlungsqualität vermindern. Erste, nicht durchweg positive, Erfahrungen mit diesem Instrument wurden bereits in den USA und Großbritannien gesammelt.

Als direkte und auch schneller greifende Maßnahme zur Qualitätssicherung wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung künftig unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn es Hinweise dafür gibt, dass Qualitätsanforderungen in einem Krankenhaus nicht beachtet werden.

Zweitmeinungsverfahren

Die steigenden Fallzahlen in den Krankenhäusern und die in einigen Bereichen überdurchschnittlich vielen Operationen soll ebenfalls angegangen werden. Bereits durch das Versorgungsstärkungsgesetz, welches im Juli dieses Jahres in Kraft trat, wurde das Recht der Versicherten auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gestärkt. Für bestimmte planbare und besonders mengenanfällige Eingriffe wird ein strukturiertes qualitätsgesichertes Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Der G-BA soll bis Ende 2015 per Richtlinie bestimmen, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Außerdem soll der G-BA die Anforderungen an die Qualifikation des Arztes, der eine Zweitmeinung ausstellt, klar regeln.

Der behandelnde Arzt muss seine Patienten auf ihr Recht auf Zweitmeinung, Informationen zu möglichen Ärzten und Mitnahme von Befundunterlagen hinweisen, bekommt eventuell entstehende Kosten jedoch erstattet. Dies gilt sowohl für Praxen als auch für Krankenhäuser. Informationspflicht und sichere Kostenübernahme durch die Krankenkassen, für Mediziner und Patienten, können eine Grundlage dafür bilden, dass das Thema „Zweitmeinung“ stärker ins Bewusstsein aller Beteiligten dringt.

Auch mögliche Fehlanreize durch Bonusregelungen in Chefarztverträgen (etwa Prämien für eine bestimmte Anzahl Operationen) sollen künftig besser verhindert werden. Im Krankenhausstrukturgesetz wurde für eine gesetzliche Klarstellung gesorgt, dass fragwürdige Zielvereinbarungen, die die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen in Frage stellen, auszuschließen sind.

Mindestmengenregelung

Qualität steigt mit Erfahrung – dieser Grundsatz liegt der Idee der Mindestmengen zugrunde. Bei besonders komplexen Leistungen (z.B. bei der Versorgung von Frühgeborenen oder beim Kniegelenkersatz) wird durch den G-BA zur Sicherung der Qualität eine durch das jeweilige Krankenhaus zu erbringende Mindestanzahl an Behandlungen festgeschrieben. Diese Mindestmengenfestlegungen werden im Krankenhausstrukturgesetz klarer formuliert.

Krankenhäuser müssen nun für Behandlungen, für die eine Mindestmenge festgelegt ist, im Voraus eine Prognose zum Erreichen der geforderten Leistungsmenge abgeben. Anhand dieser wird dann entschieden, ob ein Krankenhaus die Leistung im Folgejahr erbringen darf oder nicht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, erhält es von der Krankenkasse keine Vergütung für die Behandlung.

Pflegestellen-Förderprogramm

Das Pflegestellen-Förderprogramm soll die unmittelbare pflegerische Patientenversorgung („Pflege am Bett“) stärken. In den Jahren 2016 bis 2018 werden sich die Fördermittel dafür auf bis zu 660 Millionen Euro belaufen. Nach dem Ende des Förderprogramms sollen Mittel in Höhe von 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich bleiben. Die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ soll bis Ende

2017 Vorschläge dazu liefern, wie diese Mittel den Kliniken zur Förderung der Pflege dauerhaft zur Verfügung gestellt werden.

„Ohne Zweifel verlangt eine gute Krankenhausversorgung nicht allein medizinisches Können von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch den Einsatz der Pflegerinnen und Pfleger. Wir brauchen - und bekennen uns dazu - eine Stärkung der Pflege auf der Station.“

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Grundsätzlich wurde dieses Programm zwar von Vielen begrüßt, aber, so die breite Kritik, in seiner finanziellen Ausgestaltung sei die Förderung völlig unterdimensioniert. Die Mittel entsprechen knapp 7.000 Stellen bundesweit, etwa 3 zusätzliche Pflegekräfte pro Klinik. Laut Deutschem Pflegerat, der Gewerkschaft ver.di und vielen anderen würden bundesweit jedoch bis zu 70.000 Stellen fehlen. Darum kam eine weitere Regelung in das Gesetz: Zusätzlich zum Pflegestellen-Förderprogramm soll es ab dem Jahr 2017 einen Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich für die Krankenhäuser geben. Dieser Zuschlag hängt dann von der Höhe der krankenhausesindividuell entstandenen Personalkosten für Pflegepersonal ab und soll so einen Anreiz setzen, für eine angemessene Pflegeausstattung zu sorgen. Zudem wurde ein Ausgleich für steigende Lohnkosten infolge von Tarifanpassungen im Gesetz verankert.

Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“

Die Expertenkommission soll sich unter anderem mit der Frage einer sachgerechten Berücksichtigung des Pflegebedarfs im Vergütungssystem der Krankenhäuser befassen und bis Ende 2017 konkrete Vorschläge zu Verbesserungen unterbreiten. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) im Jahr 2004 hat den Kostendruck auf die Kliniken erheblich erhöht und zu einem verstärkten Abbau von Pflegestellen geführt. Die Mitglieder wurden bereits Anfang Oktober berufen, mit dabei: Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Auch diese finanziellen Zugeständnisse können nur einen ersten Schritt auf Weg zu einer nachhaltigen und vor allem ausreichenden Finanzierung des Pflegepersonals in Krankenhäusern darstellen. Eine einberufene Kommission aus Experten, Vertretern der Selbstverwaltung und Politikern soll langfristig angelegte Lösungsvorschläge erarbeiten (siehe Kasten).

Weiterführende Links:

G-BA Seite zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsicherung/qualitaetsbericht/>

Bekanntgabe der Besetzung der Pflege-Expertenkommission

<http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-4/expertenkommission-pflegepersonal-im-krankenhaus.html>

Aus Patientensicht

Wie fällt die Bewertung insgesamt aus?

Berlin – Verbände und Institutionen von Patientinnen und Patienten haben die Ausrichtung der Ausrichtung der Krankenhausreform grundsätzlich bejaht. Doch haben auch ihre spezifischen Belange Gehör gefunden?

Im Zuge des Gesetzgebungsfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) äußerten sich eine Vielzahl von Selbsthilfeverbänden und patientennahen Organisationen zu den geplanten Neuregelungen und Strukturumbauten. So sieht beispielsweise das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) grundsätzlich die Bestrebungen der Bundesregierung, die Strukturen der Krankenhausversorgung mittels einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung und Krankenhausvergütung zukunftssicher zu gestalten und sicherzustellen positiv. Die Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) befürwortet die Krankenhausreform ebenfalls, insbesondere wegen der Verknüpfung von Maßnahmen der Krankenhausfinanzierung und -planung mit der Qualitätssicherung. Die Vorgaben zur zeitnahen Umsetzung und Evaluierung der verschiedenen Maßnahmen können nach ihrer Einschätzung zu einer raschen Wirksamkeit des Gesetzes und einer patientenorientierten Fortentwicklung der Regelungen beitragen.

Verstärkter Fokus auf Hygiene

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen.“

Krankenhausstrukturgesetz, §136a SGB V

Auch die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe) e. V. begrüßen die Einführung der Versorgungsqualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung und -vergütung. Eine qualitativ hochwertige, patientengerechte und hygienisch einwandfreie Versorgung solle unbedingt das Ziel einer Krankenhausplanung sein. Die BAG SELBSTHILFE sieht in diesem Zusammenhang besonders den Ansatz, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Festlegung von Indikatoren für die Beurteilung der Hygienequalität zu überantworten, als konstruktiven Beitrag zur Qualitätssicherung.

Licht und Schatten – Kritikpunkte aus Patientensicht

Neben Lob wurde gleichsam auch Verbesserungsbedarf benannt. So lobt die vzbv zwar die Orientierung an der Qualität, fordert jedoch innerhalb der Selbstverwaltung mehr Einflussmöglichkeiten für Patienten und Versicherte. Kritisch sieht man zudem die Vergütungsabschläge für schlechte Qualität - dies wird nach Ansicht der Verbraucherschützer den Kostendruck in den betroffenen Kliniken noch weiter erhöhen. Statt einer verbesserten Versorgung würde dann eher der gegenteilige Effekt erzielt. Die vzbv regte zudem an, derzeit auftretende Versorgungslücken im Rahmen des Entlassmanagements für Patienten zu schließen, die sich beispielsweise nach einer Operation zu Hause noch nicht selbstständig versorgen können.

Viele Regeln, wenig Personal?

„Wieder wird mehr auf Kontrolle und weniger auf grundsätzliche und sichere Strukturverbesserungen vor allem im Personalsektor gesetzt.“

Hedi François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS)

Das APS wies mehrfach, wie auch der Deutsche Pflegerat und andere Organisationen, auf den engen Zusammenhang zwischen Behandlungsergebnissen und der Anzahl des vorhandenen, qualifizierten medizinischen Personals, insbesondere in der Pflege, hin. Die bestehende unbefriedigende Personalausstattung gefährde die Patientensicherheit, deshalb sollten Personal-Anhaltzahlen gesetzlich vorgegeben und finanziert werden. Die Idee des Pflegestellten-Förderprogramms, die Auswirkungen der durch Ausdünnung der Pflege verursachten behandlungsassoziierten Risiken zu minimieren, sei zwar löblich, aber vom Umfang her viel zu klein ausgefallen.

Im Zusammenhang mit der sicheren Behandlung im Krankenhaus wurde sowohl vom APS als auch von der BAG Selbsthilfe auf die notwendige Barrierefreiheit in den Einrichtungen hingewiesen. Gerade für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen stelle dies einen zentralen, aber bislang zu wenig beachteten Qualitätsaspekt für die Versorgung im Krankenhaus dar.

Seitens der BAG SELBSTHILFE und der ACHSE wurde zudem die Sinnhaftigkeit der Regelungen bezüglich einer angestrebten Verbesserung der Rahmenbedingungen für Zentren für Seltene Erkrankungen angezweifelt. Solche Zentren könnten die multiprofessionelle, interdisziplinäre und intersektorale Versorgung sicherstellen, die Menschen mit Seltenen Erkrankungen länger und besser leben lässt. Dazu sei aber eine zusätzliche und nachhaltige Finanzierung notwendig, welche mit den vorgesehenen Gesetzesänderungen nicht erreicht werden könne.

Zentren für seltene Erkrankungen

Diese Zentren können zwar laut Krankenhausstrukturgesetz als besonderes Aufgabenspektrum eines Krankenhauses zuschlagsfähig sein, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass solche besonderen Aufgaben im Krankenhausplan ausgewiesen oder durch die zuständige Landesbehörde festgelegt wurden. Da aber aufgrund der Vielfalt der seltenen Erkrankungen entsprechende Aufgaben im Vorhinein nur schwer fassbar und für den Krankenhausplan eingrenzbar sind, stellt dies eine große Hürde dar.

Was wurde davon aufgegriffen?

Zieht man ein Fazit, ob die Appelle und konstruktiven Vorschläge an die Politik für weitere aus Patientensicht nötige Verbesserungen im Krankenhausbereich sorgen konnten, so kann man durchaus einige Punkte erkennen, bei denen es Nachbesserungen gab.

Eine praktikable Lösung zur Finanzierung von Zentren für Seltene Erkrankungen konnte allerdings nicht gefunden werden, hier blieb es bei der ursprünglichen Regelung (siehe Kasten oben) inklusiver aller verfahrensmäßigen Erschwernisse. Das von mehreren Seiten als unzureichend kritisierte Pflegestellten-Förderprogramm wurde zwar in seinem Volumen nicht gesteigert, aber um den ab dem Jahr 2017 greifenden Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich ergänzt. Ebenfalls eingegangen wurde auf die Hinweise zu eventuell auftretenden Versorgungslücken nach Krankenhausauslassungen. Neue Regelungen sorgen nun dafür, dass bei speziellem Bedarf der Versicherten (z.B. nach einer am-

bulanten Operation) ein Anspruch auf grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung, Haushaltshilfe oder auch Kurzzeitpflege besteht.

Weiterführende Links:

Stellungnahme Aktionsbündnis Patientensicherheit

<http://www.bundestag.de/blob/386628/40daa6ab419c7998d9775418c52899f3/aktionsbueundnis-patientensicherheit-e--v---aps--data.pdf>

Stellungnahme ACHSE

<http://www.bundestag.de/blob/386720/acb1fa6235b63382eb8cb95fdb31140d/allianz-chronischer-seltener-erkrankungen-achse-e--v--data.pdf>

Stellungnahme BAG Selbsthilfe

<http://www.bundestag.de/blob/386196/78613f611a895696b2e9b6dbe3a9e5fc/bundesarbeitsgemeinschaft-selbsthilfe-von-menschen-mit-behinderung-und-chronischer-erkrankung-und-ihren-angehoerigen-e--v--bag-selbsthilfe--data.pdf>

Stellungnahme Verbraucherzentrale Bundesverband

<http://www.bundestag.de/blob/386618/7e14aae3229b2f3ebce46724d5a2faa6/verbraucherzentrale-bundesverband--vzbv--data.pdf>

Mehr Patientenorientierung

Die ambulante Notfall-Versorgung im Umbruch

Berlin – Eine gesetzliche Neu-Regelung der ambulanten Notfallversorgung löst heftigen Unmut in der Vertragsärzteschaft aus. Ursache ist die geplante engere Verzahnung mit den Krankenhäusern in Form von „Portalpraxen“ wie auch die damit zusammenhängenden Vergütungsregelungen.

In den letzten Jahren sehen sich die Gesundheitspolitiker mit dem Phänomen konfrontiert, dass zahlreiche Patienten, die dringlich eine Behandlung benötigen, sogar während der Sprechstundenzeiten, direkt das Krankenhaus aufsuchen, anstatt zunächst tagsüber einen Vertragsarzt bzw. nachts zuerst den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu kontaktieren. Hier handelt es sich um eine gewaltige Anzahl. Denn Expertenschätzungen zufolge gibt es mindestens 20 Millionen Notfallversorgungen im Krankenhaus pro Jahr, von denen über 10 Millionen ambulant behandelt werden. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung würden jährlich 3,9 Millionen Patienten im Notdienst der Kassenärzte, dem Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, behandelt, informiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2014.

Notfallversorgung in Deutschland

„Die Notfallversorgung ist in Deutschland in drei Bereiche gegliedert, den ärztlichen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte, den Rettungsdienst, welcher in Landesgesetzen geregelt wird, und die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Während der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Sprechstunden dient, liegt der Schwerpunkt des Rettungsdienstes mit Rettungswagen und Notarztwagen bei den lebensrettenden Sofortmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden und dem qualifizierten Transport ins Krankenhaus. Die Notaufnahmen nehmen einerseits diese Patienten auf und versorgen sie weiter, andererseits sind sie auch direkte Anlaufstellen für Patienten.“

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung der Gesundheit im Gesundheitswesen, Gutachten 2014.

Verschiedene Schweregrade

Ein Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern gelangt zu der Feststellung, dass nur für ein Drittel der Patienten, die aus dringlichem Grund das Krankenhaus aufsuchen, auch außerhalb des Krankenhauses durch einen ambulant tätigen Arzt eine „allgemeine Notfallbehandlung“ medizinisch möglich gewesen wäre. Rund die Hälfte der ambulanten Notfälle habe ausschließlich mit den im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt werden können, also eine „krankenhausspezifische Notfallbehandlung“ wie beispielsweise eine Labor-, Röntgen- oder CT-Untersuchung benötigt und weitere 20 % der Behandlungen hätten eine fachspezifische Kompetenz erfordert, also eine „fachspezifische Notfallbehandlung“, beispielsweise Wundversorgungen mit Naht oder Ultraschalluntersuchungen. Gegen den erbitterten Widerstand der Vertragsärzte sind deshalb im Rahmen des jüngst verabschiede-

Was ist ein Notfallpatient?

„Als medizinischer Notfall bzw. als Notfallpatienten werden alle Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet.“

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin.

ten Krankenhausstrukturgesetzes Regelungen im Deutschen Bundestag beschlossen worden, die die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten in der ambulanten Notfallversorgung durch strukturelle Maßnahmen und regionale Vereinbarungen stärken sollen. Das dürfte auch auf Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit zurückgehen.

Flächendeckende Versorgung

Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung treffen immer ein hochsensibles Terrain. Immerhin ist die Existenzberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit dem Versprechen einer flächendeckenden Versorgung verknüpft, dazu gehört wesentlich die Notfallversorgung. Deshalb wird auch die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser aus dem vertragsärztlichen Honorartopf vergütet und diese Leistungen nach den vertragsärztlichen Regularien bewertet, enthalten im so genannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Künftig müssen die Gebührenordnungspositionen des EMB für eine

ambulante Versorgung des Patienten im Notfall nach Schweregrad differenziert werden. Je höher der Schweregrad, beispielsweise „krankenhausspezifische Behandlung“ als höchster Schweregrad, desto höher die Vergütung. Es dürfen außerdem keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung der Vergütung für Notfall- und Notdienstleistungen vorgenommen werden; für die Krankenhäuser entfallen jedwede Abschläge in diesem Bereich. Außerdem ist nun auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Mitglied des Gremiums, das über die Bewertung der ambulanten Notfallversorgung verhandelt.

KVen sollen zukünftig entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen, so genannte „Portalpraxen“ an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Notfallambulanzen über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden. Das ist aber keine Verpflichtung für die Vertragsärzte: Der Gesetzgeber hat ausdrücklich formuliert, dass funktionierende Notfallversorgungsstrukturen nicht verändert werden müssen.

Die Gesundheitspolitiker der Großen Koalition zielen in der Notfallversorgung darauf ab, die Versorgung patientenorientiert auszurichten. Deshalb wollten sie die Regelungen dem Verhalten der Patienten anpassen. Gegenüber der Kritik der Vertragsärzte, die durch die geplante Umstrukturierung eine zunehmende Bevorzugung der Krankenhäuser bemängeln, halten sie die vom Gesetzgeber ausdrücklich nach wie vor vorgesehene Gestaltungsfreiheit entgegen.

Weiterführende Informationen:

Krankenhausstrukturgesetz

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf

Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern

http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf

Sachverständigenrat Gesundheit

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

Lichtblick

Was kann der neue „Strukturfonds“ leisten?

Berlin – Große Veränderungen im stationären Sektor bis hin zur Schließung eines Krankenhauses, lösen oftmals massive Widerstände aus. Was aber wäre, wenn stattdessen eine andere medizinische oder pflegerische Einrichtung entstünde? Ein „Strukturfonds“ soll das möglich machen.

Fachleute machen sich schon seit Jahren Gedanken darüber, wie ein Abbau von Überkapazitäten im stationären Bereich ohne negative Folgen ablaufen und – im Gegenteil – sogar positiv von den Betroffenen angenommen werden könnte. Zwei Studien dürften, wie man den nachfolgenden Ausführungen entnehmen kann, Einfluss auf eine aktuelle politische Antwort auf dieses Problem gehabt haben.

Eine Krankenhausschließung ist immer mit großen Widerständen verbunden. Da gibt es die Sorge um den Arbeitsplatzverlust, die Furcht von Politikern vor den Reaktionen der Wahlbevölkerung oder auch, aus der Sicht des Krankenhausträgers, die Schmach des Imageverlustes. Ein Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2014 belegt diese Beweggründe. Und darüber hinaus zeigt es, dass ein wesentlicher Faktor, ein überflüssiges Krankenhaus nicht vom Netz zu nehmen, in den damit

verbundenen Kosten zu suchen ist.

Die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung hat im Jahr 2013 eine Studie veröffentlicht, deren Zielrichtung in wesentlichen Teilen Pate für die jüngst vom Deutschen Bundestag verabschiedete Krankenhausreform – das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) – gestanden hat. Die Autoren der Schrift, an prominentester Stelle die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, hatten bewusst „quer“ gedacht und den Versuch unternommen, die Gestaltung der Krankenhauslandschaft aus dem Blickwinkel der Versorgung der Bevölkerung zu betrachten. Das von einer Krankenhausumstrukturierung betroffene Personal werde in den zu regionalen Gesundheitszentren umgewandelten Einrichtungen zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung gebraucht, heißt es dort unter anderem.

Sinnvolle Zentrenbildung

Die Große Koalition hat offensichtlich solche Anregungen aufgegriffen, Prüfer-Storcks war auch Mitglied der Koalitionsarbeitsgruppe zur Ausarbeitung des Koalitionsvertrags für den Bereich Gesundheit und Pflege. In das KHSG ist eine Regelung zur „Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen“ eingegangen, die die gesetzliche Grundlage für einen „Strukturfonds“ bildet. Insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen sowie palliative Versorgungsstrukturen werden als Förderungsziel aufgeführt. Beabsichtigt ist also auch eine sinnvolle Zentrenbildung, sowohl stationär als auch ambulant, hier beispielsweise in Form Medizinischer Versorgungszentren.

500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden zur Verfügung gestellt, die zunächst nach Proporz, dem so genannten Königsteiner Schlüssel, für jedes Bundesland abrufbar sind. Voraussetzung: Das jeweilige Bundesland gibt jeweils denselben Förderungsbetrag, den ein Projekt erhält, nochmals hinzu. Damit stehen insgesamt 1 Mrd. Euro zur Verfügung, wieviel tatsächlich abgerufen wird, weiß niemand. Die Details der Verwaltung des Fonds, seiner Förderkriterien, usw. regelt eine Verordnung, die wegen ihrer Zustimmungsbedürftigkeit durch die Länder, inhaltlich sehr weit gefasst ist. Zwar hagelt es deshalb Kritik seitens der Krankenkassen: Mit einer solchen Konstruktion würde es Krankenhäusern möglich, Investitionsbedarfe zu decken, die zu den regelhaften Länderpflichten gehörten und die nicht dem eigentlichen Förderziel dienen. Dennoch besteht die große Hoffnung, dass dieser „Infrastrukturfonds“ wie er seitens der SPD auch gerne bezeichnet wird, doch die notwendigen Umstrukturierungsprozesse in der Krankenhauslandschaft in den Ländern in Gang setzt.

Weiterführende Informationen:

Krankenhausstrukturgesetz

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf

Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2015/0501-0600/532-15.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Studie FES zur „Zukunft der Krankenhäuser“

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10198.pdf>

Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes zu Marktaustritten von Krankenhäusern

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenha

[euser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_Textteil.pdf](#)

GSK Patientendialog 2015

Patientensicherheit – Mittelpunkt einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung

Berlin – Zum achten Mal fand am 5. November 2015 in Berlin der Patientendialog von GSK statt, diesmal zu dem Schwerpunktthema „Patienten als Treiber der Patientensicherheit – Wo kann die Reise in Zukunft hingehen?“

Wozu dient die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, wenn nicht der Patientensicherheit? Wie schafft man eine Kultur, in der Fehler offen angesprochen werden? Und wie stellt man sicher, dass aus diesen Fehlern gelernt wird? – diese und viele weitere Fragen stellten sich die Teilnehmer des diesjährigen Patientendialogs zum Status Quo der Patientensicherheit in Deutschland. Wie üblich bildeten Impulsreferate von Referenten aus Selbsthilfe und forschender Pharmaindustrie die Grundlage für die Diskussion, wie vermeidbare Schäden von Patientinnen und Patienten abzuwenden sind.

Zunächst führte Ilka Einfeldt (Leiterin Patient Relations / GSK) mit einer kurzen Präsentation in das Schwerpunktthema ein, das Prof. Torsten Strohmeier (Leiter Forschung und Medizin / GSK) im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei GSK vertiefend erörterte. Integraler Bestandteil der AMTS ist die Erfassung unerwünschter Ereignisse (UE) im Zuge der Einnahme von Medikamenten. Nur durch die genaue Prüfung jeden Einzelfalls, lasse sich Patientensicherheit in der Anwendung von Medikamenten sicherstellen, in dem z.B. zusätzlicher Schulungsbedarf in der Handhabung identifiziert würde. Bei einem Spontanmeldesystem ist die Industrie aber auf die individuelle Bereitschaft des Arztes und der Patienten angewiesen, derartige UE auch tatsächlich zu melden.

Hedi Francois-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. schloss sich den Ausführungen an und bezeichnete die AMTS als „Thema Nr. 1“ in der ambulanten Versorgung. Unkenntnis über die Anwendung und eventuelle Wechselwirkungen von Medikamenten bringen Patienten noch zu oft in gefährliche Situationen. Laut Francois-Kettner seien vor allem die Schnittstellen zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen die großen Gefahrenquellen in Bezug auf die Patientensicherheit. Wie im Flugzeug-Cockpit, dürfe auch in der Versorgung keine Behandlung eingeleitet werden, ohne vorher die entsprechenden Checklisten durchzugehen. Das APS entwickelt in verschiedenen aktorsübergreifenden Arbeitsgruppen solche Checklisten.

Barbara Grieb vom Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ (BVDfK) e.V. erweiterte die Diskussion um die spezifische Sicht der kleinsten Patienten. Gerade in der neonatologischen Versorgung komme es besonders auf ein koordiniertes und schnelles Handeln an. Besonderheiten wie unreife Organfunktionen und Hirnentwicklung, ein schwaches Immunsystem, mangelndes Temperaturmanagement und die Sensibilität des Nervensystems stellen besondere Anforderungen an den Transport, die Hygiene und Medikation der Allerkleinsten dar. Erste Schritte seien mit der Qualitätsrichtlinie zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getätigt worden.

Rainer Göbl von der Deutschen Leukämie- und Lymphomhilfe (DLH) e.V. beleuchtete die Patientensicherheit aus der hämato-onkologischen Perspektive. Wissensdefizite außerhalb der spezialisierten Zentren, aber auch die in der Praxis stattfindende, von Patientenbedürfnissen entkoppelte Substitution von Arzneimitteln stelle ein Problem dar.

Dr. Torsten Freikamp vom Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose (BfO) e.V. schloss den indikationsspezifischen Part mit seiner Einschätzung ab. In der Osteoporose-Behandlung sei vor allem die Qualität der ambulanten Versorgung ein Thema. Nur etwas weniger als 25 % der Betroffenen seien rechtzeitig und richtig diagnostiziert. Weniger als 10 % der Osteoporosepatienten würden leitliniengerecht behandelt. Patientensicherheit sollte daher auf zwei Wegen angegangen werden: im realen Versorgungsgeschehen wie auch auf wissenschaftlichem Gebiet. Konkrete Beispiele kann der BfO in beiden Bereichen vorweisen – mit dem Antrag zur Kostenerstattung der Knochendichtemessung in 2006 sowie mit einer Mitgliederbefragung zur Qualität in der ambulanten Versorgung.

Abgerundet wurde der Dialog durch den Vortrag von Dr. Willibert Strunz von der ACHSE e.V., der auf den Zusammenhang von Patientenorientierung, Patientenbeteiligung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit einging. In einem Gesundheitswesen, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt, hängen all diese Begriffe eng miteinander zusammen, so Strunz. In der Praxis wird aber insbesondere der Patientenorientierung und -beteiligung noch ein zu geringer Stellenwert eingeräumt. Beide seien jedoch essentielle Voraussetzungen dafür, dass die Versorgung den Bedarf der Patienten treffe und sicher ausgestaltet sei.

In einer gemeinsamen Abschlussrunde ließen sich die folgenden, zentralen Aussagen der Veranstaltung festhalten:

- Die Patientensicherheit sollte im Mittelpunkt einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung stehen
- Die Fehlerkultur insbesondere an den Schnittstellen zwischen stationärem und ambulantem Sektor muss verbessert und mit patientengerechten Checklisten optimiert werden
- Die Einhaltung von patientenorientierten Standards im Gesundheitssystem muss mit strengeren Kontrollen und entsprechenden Konsequenzen einhergehen

Um solche Standards zu definieren, braucht es neben der Fach- auch die spezifische Betroffenenkompetenz der Patientinnen und Patienten. Patientenvertreter sehen sich daher in einer unterstützenden Rolle für die indikationsspezifische Gewährleistung der Patientensicherheit.

Weiterführende Informationen:

Homepage des APS

<http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/>

Homepage des BVDfK

<http://www.fruehgeborene.de/>

Homepage der DLH

<http://www.leukaemie-hilfe.de/>

Homepage des BfO

<https://www.osteoporose-deutschland.de/>

Homepage der ACHSE

<http://www.achse-online.de/>



Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
Allen Pharmazeutika Gesell-
schaft m.b.H, Wien
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Sang-Jin Pak (Vors.)
Adrian Bauer

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)
Leiterin Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Roger Jaeckel
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.