

Editorial: Gesundheitspolitik der Großen Koalition – Teil 2



München – Die Große Koalition hat unmittelbar nach ihrer Regierungsbildung die Umsetzung ihrer durchaus als ehrgeizig zu bezeichnenden gesundheitspolitischen Agenda aufgenommen. Der 10-seitige Part „Gesundheit und Pflege“ des Koalitionsvertrags steht unter dem expliziten Grundgedanken der Qualitätsorientierung und flächendeckenden Versorgung. Entsprechende Maßnahmen könnten eine stärkere Patientenorientierung bewirken. Dieser zweite Teil der Doppelausgabe des Patientenbriefs zum Themenbereich Gesundheitspolitik soll einen Überblick über die grundlegenden Ziele des Koalitionsvertrags und seine ersten Umsetzungsschritte geben.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: Gesundheitspolitik der Großen Koalition – 2. Teil

- **Die Führungsspitze des Bundesgesundheitsministeriums**
Berlin – Der deutliche Wahlsieg der Union sowie das Schwergewicht der SPD als Koalitionspartner haben es ermöglicht, dass die Spitzenpositionen des Bundesgesundheitsministeriums mit politisch und teilweise auch fachlich erfahrenen Personen besetzt wurden. » [Seite 2](#)
- **Leitthemen sind „Qualität“ und „flächendeckende Versorgung“**
Berlin – Der Koalitionsvertrag enthält im Bereich Gesundheit und Pflege eine beachtliche Agenda detaillierter Vereinbarungen, die den ambulanten und stationären Bereich sowie die Pflege betreffen. Die „GroKo“ gibt Gas – die Umsetzung hat sogar schon begonnen. » [Seite 3](#)
- **Das neue Qualitäts-Institut**
Berlin – Das neue Qualitätsinstitut des G-BA bildet den Auftakt für die Qualitätsoffensive der GroKo. » [Seite 7](#)
- **„Ich will wissen, wo die Menschen Handlungsbedarf sehen, und das in die Reformen einbringen“**
Berlin – Bereits 2004 wurde der Bundesregierung der sog. Patientenbeauftragte zur Seite gestellt. Nun hat das Amt ein neues Gesicht, und der Patientenbrief fragt nach: „Was erwartet die Patientinnen und Patienten?“ » [Seite 9](#)
- **Die BAG SELBSTHILFE zum 14. SGB V-Änderungsgesetz**
Berlin – Die Stellungnahme der BAG SELBSTHILFE zum 14. SGB V-Änderungsgesetz geht auf die Abschaffung des Bestandsmarktaufrufs sowie die Übertragung der Kompetenz für die Substitutionsausschlussliste auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ein. » [Seite 10](#)
- **Regelungen im Koalitionsvertrag ähneln Vorschlägen des ICHOM**
Berlin – Eine zum Auftakt der Koalitionsverhandlungen 2013 erschienene Analyse des ICHOM dürfte vielleicht der Großen Koalition als Inspiration für ihre „Qualitätsoffensive“ im Krankenhausbereich gedient haben. » [Seite 11](#)
- **„Fehler als Chance“**
Berlin – In einer vom AOK-Bundesverband und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. herausgegebenen Broschüre berichten „Profis aus Pflege und Praxis“ offen über Fehler. » [Seite 13](#)

Große Koalition

Die Führungsspitze des Bundesgesundheitsministeriums

Berlin – Der deutliche Wahlsieg der Union sowie das Schwergewicht der SPD als Koalitionspartner haben es ermöglicht, dass die Spitzenpositionen des Bundesgesundheitsministeriums mit politisch und teilweise auch fachlich erfahrenen Personen besetzt wurden.

Die Ernennung des Juristen Hermann Gröhe (52) zum Bundesgesundheitsminister war auch für die Journalisten in Berlin eine große Überraschung, denn mit Gesundheitspolitik hatte der bisherige Generalsekretär der CDU Deutschlands, der dieses Amt von Oktober 1991 bis Dezember 2013 ausübte, bislang nichts zu tun. Seit 1994 im Bundestag, war er dort menschenrechtspolitischer Sprecher und Justiziar der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Er war Mitinitiator der „Pizza-Connection“, eines losen Zusammenschlusses junger Abgeordneter von Union und Grünen, die sich seit 1995 zunächst in Bonn und dann auch in Berlin trafen, um die Möglichkeit eines schwarz-grünen Bündnisses auszuloten. In Berlin spekulierte man, dass er das neue Amt erhielt, weil der große Landesverband der CDU Nordrhein-Westfalen aus Prestigegründen im Kabinett vertreten sein muss. Ehe Gröhe das Amt des Generalsekretärs der CDU übernahm, war er ein Jahr lang als Staatsminister bei der Bundeskanzlerin verantwortlich für die Bund-Länder-Koordination, Bürokratieabbau und die Kontakte zum Parlament. Nach seinem Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Köln und seiner ersten juristischen Staatsprüfung war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Staatsphilosophie und Rechtspolitik der Universität Köln. Von 1991 bis 1993 war er als Rechtsreferendar am Landgericht Köln tätig und absolvierte 1993 seine zweite juristische Staatsprüfung. Gröhe ist verheiratet und hat vier Kinder.

In seinem Ministerium stehen ihm vier Staatssekretäre zur Seite: zwei beamtete und zwei parlamentarische. Neuer beamteter Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist der 1956 in Wolfenbüttel geborene **Lutz Stroppe**. Von 1999 bis 2001 war er stellvertretender Büroleiter des ehemaligen Bundeskanzlers Dr. Helmut Kohl, bevor ihm zum 1. Februar 2001 die Leitung des Büros übertragen wurde. Zuvor hatte er verschiedene Aufgaben in der Konrad-Adenauer-Stiftung wahrgenommen. In den Jahren 2006 bis 2010 arbeitete er als Bereichsleiter „Politische Programme und Analysen“ in der Bundesgeschäftsstelle der CDU. Zwischen Februar 2010 und Juli 2012 leitete er die Abteilung 5 „Kinder und Jugend“ im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). 2012 wurde er zum Staatssekretär im BMFSFJ ernannt. Er bekleidete dieses Amt bis er am 7. Januar in dieser Funktion in das BMG wechselte. Als beamteter Staatssekretär ist er fachlich für die einzelnen Geschäftsbereiche zuständig, das heißt für die Abteilungen.

Zu Parlamentarischen Staatssekretärinnen beim Bundesminister für Gesundheit wurden die beiden CDU-Bundestagsabgeordneten **Annette Widmann-Mauz** und **Ingrid Fischbach** ernannt. Die Parlamentarischen Staatssekretäre vertreten den Minister im politischen Bereich, also insbesondere gegenüber dem Bundestag, dem Bundesrat und den Bundestagsfraktionen, aber auch in bestimmten Fachbereichen.

Staatssekretärin **Widmann-Mauz** (geb. 1966) hatte dieses Amt schon in der letzten Legislaturperiode inne und kennt sich bestens in der Gesundheitspolitik aus. Sie gehört seit 1998 dem Deutschen Bundestag an, war von 2000 bis 2005 Vorsitzende der Gruppe der Frauen der CDU/CSU-Fraktion und ist seit 2000 Mitglied im Fraktionsvorstand der CDU/CSU. Sie war u.a. Beauftragte für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion und Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Seit 2012 ist sie Mitglied im Bundesvorstand der CDU Deutschlands. Sie engagiert sich u.a. in der Initiative „Kinder brauchen Frieden“ e.V., Hechingen und dem „Arche Noah - Förderverein Betreutes Wohnen dauerbeatmeter Kinder“ e.V., Tübingen.

Staatssekretärin **Ingrid Fischbach** (geb. 1957) ist seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestages und war von 2009 bis 2013 stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion. Sie ist Mitglied der Arbeitnehmergruppe und der Arbeitsgemeinschaft Kommunalpolitik. Seit 2010 ist die gelernte Lehrerin Mitglied im Bundesvorstand der CDU. Sie war viele Jahre als Lehrerin an einer Polizeischule tätig. Seit 2011 ist sie Landesvorsitzende der Frauen-Union der CDU in Nordrhein-Westfalen und war in ihrer Heimatstadt Herne Mitbegründerin der Vereine „Herner Tageseltern e.V.“ und Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Fischbachs Schwerpunkte werden die Bereiche „Pflege“ und „Arzneimittel“ sein. Darüber hinaus will sie sich vor allem um die Fragen der im Gesundheitsbereich tätigen Frauen kümmern, da dieser Bereich von weiblicher Erwerbsarbeit geprägt werde. Neue Fachkräfte könnten deshalb nur gewonnen werden, so Fischbach, wenn auf die spezifischen Bedürfnisse von erwerbstätigen Frauen, wie zum Beispiel von alleinerziehenden Müttern, in ausreichendem Maße eingegangen werde.

Staatssekretär **Karl-Josef Laumann** ist Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege. Bundeskanzlerin Angela Merkel, hat den 1957 geborenen erfahrenen Sozialpolitiker auch beauftragt, sich um die Folgen des demographischen Wandels zu kümmern. Die Bedeutung, die Laumanns Aufgaben zugemessen wird, dokumentiert sich darin, dass seine Position im Bundesgesundheitsministerium neuerdings im Range eines Staatssekretärs verankert ist. Seit 2005 ist Laumann Bundesvorsitzender der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA). Nach eigener Aussage ist sein politisches Handeln geprägt vom christlichen Menschenbild und der katholischen Soziallehre. Er hat eine Ausbildung zum Maschinenschlosser und war von 1978 bis 1990 in diesem Beruf tätig und in der Zeit auch als Betriebsrat aktiv. Von 1990 bis 2005 war er Abgeordneter des Deutschen Bundestages, wo er sich in sozialpolitischen Themen engagierte. Seit 2005 gehörte er dem Landtag in Nordrhein-Westfalen (NRW) an. Von 2005 bis 2010 war er in NRW Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Laumann ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Über Ziele und Akzente seiner Amtszeit gibt er in dieser Ausgabe des Patientenbriefs Auskunft.

Weiterführende Links:

Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/>

Der Koalitionsvertrag und erste Umsetzungen

Leitthemen sind „Qualität“ und „flächendeckende Versorgung“

Berlin – Der Koalitionsvertrag enthält im Bereich Gesundheit und Pflege eine beachtliche Agenda detaillierter Vereinbarungen, die den ambulanten und stationären Bereich sowie die Pflege betreffen. Die „GroKo“ gibt Gas – die Umsetzung hat sogar schon begonnen.

Bei den Koalitionsverhandlungen von CDU/CSU und SPD hatte sich die Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege – für einige Beobachter durchaus überraschend – als erste der Arbeitsgruppe auf ein Programm für die nächsten vier Jahre geeinigt. Dabei blieben „ideologische“ Fragen weitgehend außen vor. Leitthemen des Koalitionsvertrags sind eine Qualitätsoffensive sowie die flächendeckende gesundheitliche Versorgung.

Entscheidende strukturelle Weichen

Legt man die Koalitionsvereinbarung als Maßstab an, dann ist in dieser Legislaturperiode zwar nicht mit grundlegenden Veränderungen in unserem Gesundheitssystem zu rechnen. Doch die ersten schon verabschiedeten wie auch avisierten Regelungen in den Bereichen Qualitätsverbesserung und -sicherung, flächendeckende Versorgung, größere Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Arzneimittel, Prävention oder auch Pflege könnten entscheidende strukturelle Weichen für die

kommenden Jahre bedeuten. Auch eine (kleine) Reform der GKV-Finanzierung befindet sich schon auf dem Weg der Umsetzung. Dass der Patient und die Patientin im Mittelpunkt stehen, wie die Koalitionsvereinbarung postuliert, ist auch in der Vergangenheit immer wieder betont und gefordert worden. Ob die Große Koalition – die „GroKo“ sich diesem Anspruch nähern wird, werden die kommenden Jahre dieser Legislaturperiode zeigen.

Ansätze zur Stärkung der Patientenorientierung in der Versorgung

Gleich eines der ersten Vorhaben des Bundesgesundheitsministers zielte darauf, die Position des Patienten innerhalb der Versorgung zu stärken. Um die häufig kritisierten langen Wartezeiten zu verkürzen, sollen sich gesetzlich Versicherte künftig bei einer Überweisung vom Hausarzt an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung wenden können, die in Kooperation mit den Krankenkassen betrieben werden können. Wird eine Wartezeit von vier Wochen überschritten, dürfen Krankenhäuser die Leistung auf Kosten des Budgets der ambulant tätigen Ärzte erbringen. Diese beabsichtigte Regelung befindet sich unter dem kritischen Dauerfeuer der Ärzteschaft, doch lässt Bundesgesundheitsminister Gröhe keinen Zweifel an seinem Willen, sie umzusetzen.

Zudem soll künftig jeder Patient – bevor er einer Operation zustimmt – das Recht haben, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus für bestimmte Operationen einzuholen, die der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auflisten wird. Gemeint sind so genannte „mengenanfällige“ Operationen, d.h. wo der Verdacht besteht, dass mitunter operiert wird, obwohl keine Notwendigkeit besteht.

Für den Übergang vom Krankenhausaufenthalt zur ambulanten Behandlung, das so genannte Entlassungsmanagement (siehe Dezember-Ausgabe des Patientenbriefs 2012), erhalten die Krankenkassen eine gesetzlich geregelte Koordinierungsfunktion. Die Krankenhäuser sollen künftig bei der Entlassung Leistungen verordnen und eine pflegerische Übergangsregelung veranlassen können. Dies könnte dazu beitragen, die bisher starren Sektorengrenzen zu überwinden und die Versorgung stattdessen stärker an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten. Die Umsetzung des geplanten Vorhabens bleibt indes abzuwarten.

Die Delegation ärztlicher Leistungen (Übertragung unter Verantwortung des Arztes) soll flächendeckend ermöglicht, deren Substitution (Ersatz) durch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe soll modellhaft erprobt und gegebenenfalls in die Regelversorgung überführt werden. Bei Letzterem dürfte massiver Widerstand von der Ärzteschaft zu erwarten sein.

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke sollen weiterentwickelt werden, darüber hinaus soll es neue Programme für Depressionen und Rückenleiden geben.

Finanzreform

Zudem hat das BMG bereits einen Entwurf für eine Finanzreform der GKV mit dem Namen „GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)“ vorgelegt. Er enthält zwar die für die Versicherten wenig erfreuliche Botschaft, dass alle künftigen Beitragssteigerungen (Zusatzbeiträge) allein von den Versicherten zu tragen sind. Denn der allgemein paritätische – von Arbeitgeber und Versicherten je zur Hälfte zu zahlende Beitragssatz – wird auf 14,6 Prozent festgesetzt und der Anteil der Arbeitgeber bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Als Trostpflaster ist aber anzusehen, dass für den Fall, dass Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen, diese nicht mehr wie bisher pauschal von jedem Versicherten eingezogen, sondern nach dem jeweiligen versicherungspflichtigen Einkommen gestaffelt werden. Damit entfällt der sehr kompliziert konstruierte Sozialausgleich der schwarz-gelben Regierung für diesen pauschalen Zusatzbeitrag. Den Bundesfinanzminister freut's – er spart knapp 5 Mrd. Euro im Zeitraum von vier Jahren, denn er muss nichts mehr für den Sozialausgleich berappen.

Arzneimittelbereich

Die aus der Ärzteschaft, vom GKV-Spitzenverband und der Opposition heftig kritisierte Entscheidung der GroKo, schon im Markt befindliche Arzneimittel (so genannter Bestandsmarkt) keiner Nutzenbewertung mehr zu unterziehen, wurde vom Deutschen Bundestag am 20. Februar mehrheitlich im 14. SGB V-Änderungsgesetz (Bundestagsdrucksache 18/201) beschlossen. Das Gesetz tritt schon zum 1. April in Kraft. Die so genannte „frühe Nutzenbewertung“ von neuen Arzneimitteln bleibt bestehen. Gleichzeitig ist das Preismoratorium für Arzneimittel mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz verlängert worden. Das bedeutet, dass die schon im August 2009 eingefrorenen Arzneimittelpreise weiterhin bis Ende 2017 gültig sind. Ausnahmen bilden Arzneimittel, für die es eine Höchstgrenze gibt, bis zu der die gesetzlichen Krankenkassen ein Arzneimittel bezahlen (Festbetrag) und bis zur Höhe des Festbetrags sowie für Nachahmerpräparate (Generika). Mit demselben Gesetz wurde der Herstellerabschlag um ein 1 Prozent von 6 auf 7 Prozent erhöht. Darüber hinaus wird im 14. SGB V-Änderungsgesetz geregelt, dass der für innovative Arzneimittel im Rahmen der frühen Nutzenbewertung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte Erstattungsbetrag als Grundlage für die Berechnung der Großhandels- und Apothekenzuschläge gilt. Dazu wird dieser Erstattungsbetrag als „neuer Listenpreis“ umdefiniert. Der niedrigere Erstattungspreis führt zu der Besorgnis der Hersteller, dass in vielen anderen Ländern nicht mehr der Originalpreis als Grundlage für Preisverhandlungen u.a. mit den Herstellern genommen wird („Referenzland Deutschland“).

Ebenfalls in den Blick genommen werden Rabattverträge, denn im Zusammenhang damit kam es in der Vergangenheit immer wieder zu Versorgungsengpässen. Deshalb heißt es jetzt im Koalitionsvertrag: „Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbesondere für Impfstoffe.“ Diese Regelung wird als nicht unproblematisch angesehen, weil die Impfstoffherstellung sehr schwierig und auch sehr langwierig ist. Treten Probleme in der Herstellung auf, können nicht „schnell“ neue Impfstoffe hergestellt werden. Es stellt sich die Frage, ob Rabattverträge in derartiger Ausschließlichkeit für diesen sensiblen Bereich überhaupt angemessen sind.

Dies gilt umso mehr, da der Koalitionsvertrag im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus auch auf das Thema Impfen richtet. So strebt die neue Bundesregierung in diesem Zusammenhang eine Erhöhung der Impfquoten in Deutschland an.

Des Weiteren wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Erarbeitung einer Substitutionsliste beauftragt, auf der Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht werden dürfen. Das ist im Interesse der Patienten. Bereits 2012 hatte die Deutsche Schmerzliga e.V. in einer Petition gefordert, dass Betäubungsmittel (BTM) künftig nicht mehr in der Apotheke substituiert werden dürfen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) griff diese Forderung in einer Stellungnahme im Februar dieses Jahres auf und erweiterte sie auf alle dosis-kritischen Wirkstoffe. Ausdrücklich begrüßte sie die entsprechende Gesetzesinitiative mit dem Hinweis, dass man sich davon erhebliche Verbesserungen für bestimmte Patientengruppen verspreche (siehe hierzu den Artikel Die BAG SELBSTHILFE zum 14. SGB V-Änderungsgesetz in dieser Ausgabe des Patientenbriefs).

Pflege und Krankenhaus

Auch im Bereich der Pflege stehen einige Neuerungen an: So soll der Beitrag zur Pflegeversicherung in zwei Stufen um insgesamt 6 Mrd. Euro erhöht werden. Dies entspricht 0,5 Beitragssatzpunkten. Zunächst sollen noch in 2014 durch eine Pflegereform mit 2,4 Mrd. Euro Leistungsverbesserungen erfolgen, weitere 2,4 Mrd. Euro sollen später, nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Pflege verwendet werden. Mit 1,2 Mrd. Euro jährlich soll ein Pflegevorsorgefonds bestückt werden, um später die Pflegekosten der so genannten Baby-Boomer-Jahrgänge abzufedern. Die Hospize sollen weiter unterstützt und die Palliativmedizin ausgebaut werden. Dabei soll in vielerlei Hinsicht auch auf die

Qualität Obacht gelegt werden.

Für den Bereich der Krankenhausversorgung hat die GroKo in ihrer Koalitionsvereinbarung zahlreiche Ziele beschlossen. Hier dreht sich vieles um den Bereich der Qualität/Qualitätssicherung/Qualitätsverbesserung. Qualität soll sogar als Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt wird. Im Krankenhausbereich sind Regelungen beabsichtigt, Zuschläge (mehr Geld) bei mehr Qualität zu gewähren, aber ebenso sollen auch Abschläge vereinbart werden. Daneben sollen die Bemessungsgrundlagen für die Preise (Landesbasisfallwerte, Orientierungswert) reformiert bzw. verbessert werden. Auch soll es Zuschläge für die Sicherstellung von Versorgung – hier dürften vor allem strukturschwache ländliche Gebiete gemeint sein – geben. Für Hochkostenfälle soll es gesonderte Vergütungen geben.

Darüber hinaus soll für die Förderung innovativer neue Versorgungsformen ein Innovationsfonds von 300 Mio. Euro geschaffen werden.

Finden sich Forderungen der Patientenvertretung im Koalitionsvertrag wieder?

Im Juni 2013 hatte die BAG SELBSTHILFE ihre Forderungen gegenüber der künftigen Bundesregierung präsentiert. An einer Stelle des Koalitionsvertrages wird nun explizit von „Erwachsenen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen“ gesprochen. Für diese sollen „medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-) medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen“ werden.

In der Frage der Rabattverträge kommt der Koalitionsvertrag der BAG SELBSTHILFE nur einen kleinen Schritt entgegen. Während die BAG SELBSTHILFE diese ganz abschaffen will, weil sie unter anderem zu häufigem Medikamentenwechsel und damit zur Verunsicherung führen würden, fordert die Koalition, dass die beiden Partner eines Rabattvertrages schon beim Abschluss garantieren müssen, dass es zu keinen Engpässen kommt.

In der Frage der Selektivverträge nimmt der Koalitionsvertrag eine konträre Position zur BAG ein. Von einem Selektivvertrag spricht man, wenn eine Krankenkasse für ihre Versicherten mit einer Gemeinschaft von Leistungserbringern (z.B. Hausärzten oder Fachärzten), einem ärztlichen Berufsverband oder einem Ärztenetz einen eigenen Versorgungsvertrag abschließt, der die zu erbringende Leistung und die dafür zu erbringende Honorierung regelt. Die hinter der Konstruktion von Selektivverträgen stehende Vorstellung ist, dass die Vertragspartner flexibel auf die Erfordernisse eingehen können, die bei besonderen Versorgungsformen oder auch bei der Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen. Die Partner eines Selektivvertrages können zum Beispiel vereinbaren, dass die Versicherten einer Krankenkasse ein besseres Praxismanagement erhalten (weniger Wartezeit/mehr Sprechzeit) und den Ärzten die Mehrarbeit dafür zu honorieren. Auch kann ein solcher Vertrag mit besonders qualifizierten Ärzten abgeschlossen werden. Die Teilnahme an der selektivvertraglich geregelten Versorgung ist für die Versicherten in der Regel freiwillig und zeitlich befristet. Der Koalitionsvertrag sieht nun vor, die Rabattverträge, die mit Selektivverträgen verbunden werden, durchaus noch auszuweiten. Die BAG SELBSTHILFE warnt jedoch angesichts der ständigen Veränderungen vor einer zunehmenden Intransparenz. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen seien dabei überproportional betroffen. Da es in der Regel bei den Rabattverträgen unterschiedlicher Krankenkassen um Kosteneinsparungen gehe, würden sie sich oft negativ auf die Versorgung der Betroffenen auswirken.

Die Koalition will hinsichtlich der Gesetzgebung ein hohes Tempo vorlegen. Hoffentlich nicht auf Kosten der Qualität. Die Gefahr ist immer dann besonders groß, wenn eine Koalition eine so große Mehrheit hat, dass sie auch auf Kritiker in den eigenen Reihen keine Rücksicht nehmen muss.

Weiterführende Links:

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode:
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>

AOK-Bundesverband/Gesetze: http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_09808.html

Dokumentations- und Informationssystem des Deutschen Bundestages:
<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/567/56764.html>

BAG SELBSTHIFLE:

<http://www.bag-selbsthilfe.de/forderungen-fuer-die-kommende-legislaturperiode.html>

Qualitätsausrichtung

Das neue Qualitäts-Institut

Berlin – Das neue Qualitätsinstitut des G-BA bildet den Auftakt für die Qualitätsoffensive der GroKo.

Im Wirtschaftsleben geht es immer wieder um die Frage nach dem Preis und nach der Qualität eines Produkts oder einer Leistung. Dabei werden beide Kriterien ganz selbstverständlich in Relation zueinander gesetzt. Auch im Gesundheitswesen geht es mehr und mehr um die Frage, welcher Preis für welche Qualität angemessen ist. Und da es sich im Gesundheitswesen auf der Qualitätsseite um Menschen – die Patienten – handelt, sollte immer das Streben nach höchster Qualität vorhanden sein. Weder sollte um eines niedrigeren Preises willen an der Qualität Abstriche gemacht werden, noch ein guter Preis für schlechte Leistungen gezahlt wird. Das Problem liegt weniger beim Preis selbst, denn diesen kann man durch Beschluss variieren. Die Qualität einigermaßen objektiv zu messen, ist vor allem bei Gesundheitsleistungen weitaus schwieriger. Es gibt beispielsweise Ansätze, dies nach „der Menge“ zu beurteilen: bei einem Arzt, der jährlich 20 Herztransplantationen durchführt, vermutet man mehr Qualität als bei einem Kollegen, der nur zwei Operationen durchführt. Das ist zwar eine zulässige Vermutung, aber keine objektiv belegbare Aussage.

Das neue Qualitäts-Institut

Der Entwurf des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) schafft die Grundlage für die im Koalitionsvertrag in zahlreichen Maßnahmen avisierte Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen. Bestehende Regelungen zur Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität werden mit dem GKV-FQWG integriert. Das sind vor allem die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die Entwicklung der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sowie die Beteiligung an der Durchführung und Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der G-BA soll laut dem FQWG ein „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ als Stiftung privaten Rechts gründen. Die Finanzierung erfolgt über die stationäre und ambulante Vergütung, also letztlich durch die Versicherten.

Das Institut nimmt Aufträge des G-BA oder auch des BMG entgegen, kann dem Entwurf zufolge aber auch selbst Untersuchungen zur Qualitätssicherung/Versorgungsqualität durchführen. Beteiligt werden, auch schon nach jetzt geltendem Recht, fachlich betroffene Organisationen wie die Mitglieder des G-BA, der PKV-Verband, die Heilberufekammern, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, relevante Fachgesellschaften und die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter

Menschen auf Bundesebene. Neu ist, dass auch die genannten Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ein Antragsrecht erhalten.

Neue Aufgaben des Qualitäts-Instituts

- Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, jährlich strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Es gab immer wieder die Kritik, diese Berichte seien für die Versicherten zu unübersichtlich. Deshalb sollen aus den Berichten verständliche Vergleichslisten über Krankenhäusern erstellt und im Internet veröffentlicht werden.
- Für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung bestimmter Leistungen in der ambulanten oder stationären Versorgung sollen pseudonymisierte Routedaten der Krankenkassen herangezogen werden. Gegebenenfalls soll mit gezielten Maßnahmen gegengesteuert werden.
- Es sollen Kriterien für die Aussagekraft von Qualitätssiegeln und Zertifikate zur Bewertung der ambulanten und stationären Versorgung entwickelt und darüber verständlich informiert werden.
- Zur Unterstützung der Versorgungsforschung sollen Antragssteller, die ein berechtigtes wissenschaftliches Interesse nachweisen können, die Daten des Instituts unter strengen Datenschutzauflagen nutzen können. Sie müssen den Antrag über den G-BA stellen.

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken, sondiert nach eigener Aussage derzeit schon, wo es Leute gebe, die sich in der Materie auskennen und die sich vorstellen können, eine solche Behörde aufzubauen. Der jährliche Etat der unabhängigen Einrichtung wird laut Entwurf auf bis zu 14 Mio. Euro jährlich geschätzt. Hecken sieht es als eine der Aufgaben des Instituts an, Mindestmengen für bestimmte Eingriffe festzulegen. Er denkt dabei an endoprothetische Hüft- und Kniegelenks-Operationen, Bandscheiben-OPs und die Versorgung von Frühgeborenen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zeigt wenig Begeisterung für das neue Institut, man tröstet sich aber damit, dass mit dem Institut „vor allem die von den Krankenkassen erstellten unzulänglichen Krankenhausvergleiche ad absurdum geführt werden“ und insgesamt die Diskussion über die Qualität der Krankenhäuser versachlicht werde.

Wenn der Patient am Ende bei einer bevorstehenden Operation im Internet die Rangliste - eventuell gemeinsam mit seinem behandelnden Arzt - einsehen kann, dann kann dies eine große Hilfe bei der Entscheidung sein, welches Krankenhaus er aufsuchen will. Allerdings muss man dabei bedenken, dass die Qualität einer bestimmten Operation nicht selten auch an einen bestimmten Arzt gebunden ist.

Konsequenzen für die Patienten

Bei nüchterner Betrachtung muss man die Möglichkeit des einzelnen Patienten, sich selbst einen Überblick über die Qualitätsstandards im Gesundheitsbereich zu verschaffen, als sehr begrenzt ansehen. Bei allem ehrlichen Bemühen, die vorhandenen Daten so transparent aufzubereiten, dass sie auch ein medizinisch nicht Vorgebildeter versteht, dürfte die weit überwiegende Mehrheit der Patienten überfordert sein. Zudem besteht die Gefahr von Fehlinterpretationen. Eine zentrale Rolle könnten allerdings die Patientenorganisationen spielen, die das gesamte Versorgungsgeschehen überblicken und deren Mitglieder die Schwachstellen des Systems oftmals in ihrer Behandlungsrealität erleben. Dieses erlebte Wissen über die Versorgungsroutine zu bündeln und zur gezielten Information ihrer Mitglieder über die Qualität von Behandlungsangeboten einzusetzen, birgt großes Potenzial. Beispiele, wie das des Mukoviszidose Instituts – gemeinnützige Gesellschaft für Forschung und Therapieentwicklung mbH (MI) des Mukoviszidose e.V. zeigen eindrucksvoll, wie die Selbsthilfe bereits an der Qualitätssicherung innerhalb des Gesundheitswesens mitwirkt (siehe Juni-Ausgabe des Patientenbriefs 2013). Aber auch die Krankenkassen sind gefordert, ihren Versicherten Hilfestellung zu geben.

Wichtig wird es sein, dass das neue Institut wirklich alle Qualitätsparameter bündelt, damit es nicht zur Verwirrung beiträgt, denn immerhin existieren auch noch andere Qualitätsinstitute, wie z.B. das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Es ist die Aufgabe des G-BA, zunächst einmal eine klare Aufgabenstellung zu definieren. Mit einem neuen Institut allein ist zunächst noch kein Problem gelöst.

Weiterführende Links:

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode:
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>

AOK-Bundesverband/Gesetze: http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_09808.html

Interview mit Staatssekretär Karl-Josef Laumann

„Ich will wissen, wo die Menschen Handlungsbedarf sehen, und das in die Reformen einbringen“

Berlin – Bereits 2004 wurde der Bundesregierung der Beauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten zur Seite gestellt. Nun hat das Amt ein neues Gesicht, und der Patientenbrief fragt nach: „Was erwartet die Patientinnen und Patienten?“

Wie beurteilen Sie den gesundheitspolitischen Kurs der Großen Koalition aus Sicht der Patientinnen und Patienten?

StS Karl-Josef Laumann: Wir haben in Deutschland ein gutes Gesundheitssystem. Wir wissen aber auch, dass wir jetzt wichtige Weichenstellungen vornehmen müssen, wenn wir nicht in einigen Jahren vor Problemen stehen wollen, die wir dann kurzfristig nicht mehr lösen können. Mit dem Koalitionsvertrag haben wir vereinbart, die Probleme anzugehen und in vielen Bereichen, z. B. beim Zugang zu Facharztterminen, auch schon konkrete Maßnahmen vorgesehen. So werden wir sicherstellen können, dass wir den Patientinnen und Patienten die benötigten Leistungen dauerhaft, flächendeckend und in hoher Qualität zur Verfügung stellen können.

Wo besteht vorrangiger Handlungsbedarf?

StS Laumann: Ich glaube, dass in den letzten Jahren die Pflege in Deutschland beim Ausbau des Gesundheitssystems zu kurz gekommen ist. Ich nenne nur die Frage, wie berücksichtigen wir Demenzerkrankte im System der Pflegeversicherung, und den Mangel an Pflegekräften als Beispiele für den hier ganz dringenden Handlungsbedarf.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist der Zugang zu ärztlichen Leistungen. In vielen Bereichen zeichnet sich ab, dass wir auf einen deutlichen Ärztemangel zusteuern. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir in der letzten Legislaturperiode die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Bedarfsplanung passgenauer am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden kann. Da sind die KVen auch tätig und schaffen viele neue Zulassungsmöglichkeiten. Ein Kassenarztsitz passgenau in einem unterversorgten Gebiet hilft Ihnen aber nicht, wenn er auf Dauer unbesetzt bleibt, weil es insgesamt zu wenig Ärzte gibt, die sich niederlassen wollen. Da müssen wir jetzt, in dieser Legislaturperiode, in der Ausbildung ansetzen, wenn wir nicht in zehn oder fünfzehn Jahren ein unlösbares Problem haben wollen.

Welche Akzente wollen Sie in Ihrer Funktion als Bevollmächtigter für Pflege setzen?

StS Laumann: Mein Anspruch als Bevollmächtigter für Pflege ist es, in den Reformen dafür zu sorgen,

dass die Leistungen der Pflegeversicherung möglichst unmittelbar und vollständig den Betroffenen, also den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und auch den Pflegekräften, zugute kommen. Ich werde mich mit diesem Ziel in die Reformen einbringen und, wenn nötig, entsprechende Nachbesserungen einfordern. Ganz wesentlich ist für mich dabei, dass die Menschen, die so lange wie möglich zu Hause bleiben wollen, das auch gut stemmen können. Das hat Priorität. Deswegen brauchen wir bei den Leistungen maximale Flexibilität und Bedürfnisorientierung. Das heißt zum Beispiel, dass wir Instrumente wie die rehabilitativ ausgerichtete Kurzzeitpflege verbessern müssen. Und wir müssen bestehende Strukturen hinterfragen: Das Pflegesystem ist mit jeder gutgemeinten Reform komplexer geworden, es ist kaum noch nachvollziehbar auf welche Leistung man einen Anspruch hat.

Auf den Punkt gebracht: Wie lassen sich Ihrer Meinung nach die Weichen für eine stärkere Patientenzentrierung im Gesundheitssystem stellen?

StS Laumann: Patientenorientierung scheitert ganz oft an den Sektorengrenzen. Da sehen die Beteiligten noch immer zu oft nur ihren eigenen Bereich, und wenn der Patient den verlässt, ist eben jemand anders zuständig. Eine gute Zusammenarbeit über diese Sektorengrenzen hinweg lässt sich aber nur zum Teil durch Gesetze anordnen. Mindestens genauso wichtig ist ein offener Dialog. Deshalb sehe ich meine Aufgabe unter anderem auch darin, Ansprechpartner für alle Beteiligten zu sein. Ich will wissen, wo die Menschen Handlungsbedarf sehen, und das in die Reformen einbringen.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten – kurz: Patientenbeauftragter der Bundesregierung – wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004 geschaffen. Die beauftragte Person soll Sprachrohr für die Interessen von Patientinnen und Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen sein und zur politischen Geltendmachung der Interessen von Patientinnen und Patienten beitragen. Hierzu stellt der Patientenbeauftragte einerseits sicher, dass Informations- und Beratungsrechte durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen eingehalten werden. Andererseits gewährleistet er auf politischer Ebene die Wahrnehmung von Beteiligungsrechten der Patientenorganisationen bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Weiterführende Links: <http://www.patientenbeauftragter.de/>

Abschaffung Arzneimittelbewertung und Arzneimittelaustausch

Die BAG SELBSTHILFE zum 14. SGB V-Änderungsgesetz

Berlin – Die Stellungnahme der BAG SELBSTHILFE zum 14. SGB V-Änderungsgesetz geht auf die Abschaffung des Bestandsmarktaufrufs sowie die Übertragung der Kompetenz für die Substitutionsausschlussliste auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ein.

Konsequenzen aus der Beendigung des Bestandsmarktaufrufs

Das 14. SGB V-Änderungsgesetz ist am 20. Februar mit den im Laufe der parlamentarischen Beratung von der Regierungskoalition eingebrachten Änderungen mehrheitlich beschlossen worden. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), die den Dachverband für 121 Bundesverbände der

Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften bildet, hält es für sinnvoll, die Nutzenbewertung für sich schon im Markt befindende Medikamente, also den so genannten „Bestandsmarktaufruf“, wegen der damit verbundenen methodischen und rechtlichen Bedenken zu beenden. Allerdings hatte die BAG SELBSTHILFE gefordert, dass eine Weiterentwicklung der Nutzenbewertung von Bestandsmarktarzneimitteln mit dem Ziel weitergeführt werden sollte, dass den Patienten transparente und evidenzbasierte Informationen zur Verfügung gestellt werden. Obwohl dieser Forderung nicht nachgekommen wurde, steht diese Diskussion wohl eher am Anfang als am Ende. Auch andere Gruppierungen, beispielsweise in der Ärzteschaft, erheben diese Forderung.

Substitutionsausschlussliste für Arzneimittel

Ausführlich befasst sich die Stellungnahme der BAG SELBSTHILFE mit der Liste für Austauschverbote von Arzneimitteln bei Rabattverträgen. Sie hält es für ausgesprochen „sinnvoll, diese Frage beim Gemeinsamen Bundesausschuss anzusiedeln“, da hier etablierte Strukturen auch für die Patientenvertretung zur Verfügung stünden. Schließlich seien mit dieser Liste Fragen betroffen, die

- für Patientinnen und Patienten eine hohe Bedeutung hätten,
- bei denen sie über ein erhebliches Erfahrungswissen verfügten und
- in transparenter Weise unter ihrer Beteiligung diskutiert werden sollte.

Gerade bei „dosis-kritischen Medikamenten“ stelle die Umstellung durch Rabattverträge ein enormes Risiko dar, da das Spektrum der biologischen Verfügbarkeit der Wirkstoffe sehr unterschiedlich sei. Beispielsweise nennt die BAG SELBSTHILFE erhebliche Probleme beim Austausch von Immunsuppressiva nach Transplantationen, wenn der Arzt den Austausch durch den Apotheker nicht ausdrücklich verbiete (Bei Verbot setzt er ein Aut-Idem Kreuz auf dem Rezept).

Solch eine Substitutionsaustauschliste mache der BAG SELBSTHILFE zufolge aber nur Sinn, wenn sie Auswirkung auf die Versorgung habe. Von den (nun ehemals zuständigen) Krankenkassen und Apothekern in dieser Sache entwickelte Kriterien sollten übernommen und weiterentwickelt werden, empfiehlt die BAG SELBSTHILFE. Insbesondere hätte sie sich gewünscht, dass das Kriterium „eines nach den Fachinformationen und den Zulassungen erforderlichen Drug-Monitoring bei Umstellung auf ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel“ in das Gesetz aufgenommen worden wäre.

Weiterführende Links:

Parlamentarischer Beratungsverlauf des 14. SGB V-Änderungsgesetzes:

<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/567/56764.html>

Stellungnahme der BAG Selbsthilfe zum 14. SGB V-Änderungsgesetz:

http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoerungen/14__SGB/Stellungnahmen/18_14_0009_4__BAG_SELBSTHILFE.pdf

Qualitätswettbewerb im stationären Bereich

Regelungen im Koalitionsvertrag ähneln Vorschlägen des ICHOM

Berlin – Eine zum Auftakt der Koalitionsverhandlungen 2013 erschienene Analyse des ICHOM dürfte vielleicht der Großen Koalition als Inspiration für ihre „Qualitätsoffensive“ im Krankenhausbereich gedient haben.

Zur direkten Vergleichbarkeit von Krankenhäusern schlägt das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), ein Zusammenschluss der Harvard Business School/USA, dem Karolinska-Institut /Schweden sowie The Boston Consulting Group, ein bundesweites Ranking-Portal vor.

Erhebliche Qualitätsvarianz

Folgende wesentlichen Gründe seien für die erhebliche „Qualitätsvarianz“, also die großen Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern, verantwortlich, so das ICHOM:

- es gebe wenig Transparenz über die Qualität eines Krankenhauses hinsichtlich einer bestimmten Therapie;
- die Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthielten vor allem Struktur- und Prozessdaten, aber nur wenige Kennzahlen zur Ergebnisqualität
- weniger als 25 % aller Krankenhaufälle würden erfasst,
- die zusammenfassenden Qualitätsberichte enthielten keine Krankenhausnamen und die Patienten seien nicht in der Lage, einzelne Qualitätsberichte miteinander zu vergleichen,
- die Indikatoren seien größtenteils „ärztezentrisch“,
- es würden keine Langzeitindikatoren erfasst,
- es würden keine oder sehr breite Referenzbereiche erfasst, so dass die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser trotz großer Unterschiede als unauffällig eingestuft würde.

Routinedatennutzung

Die Analyse berichtet über lobenswerte Initiativen zur Steigerung der Qualitätstransparenz, darunter mehrere Initiativen, die Qualität anhand von Routinedaten, also Abrechnungsdaten der Krankenkassen, zu messen. Vorteil der Routinedatennutzung sei die Messbarkeit langfristiger Ergebnisse, da die Morbidität (Erkrankungen) und Mortalität (Sterblichkeit) der Patienten über mehrere Jahre auswertbar seien. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition sieht eine Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen vor, dem neuen Qualitätsinstitut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Weitere Lösungsansätze für den Qualitätswettbewerb

Qualitätstransparenz sei die Kernvoraussetzung für einen echten Qualitätswettbewerb, stellt das ICHOM fest. Kernelemente von Lösungsansätzen des ICHOM finden sich im Koalitionsvertrag wieder: Die Entwicklung einer einheitlichen Plattform wird vorgeschlagen, auf der ein Ranking von Krankenhäusern vorgenommen werden soll. Der Kontrahierungszwang im stationären Sektor, also die Verpflichtung der Krankenkassen, mit jedem Krankenhaus einen Behandlungsvertrag eingehen zu müssen, solle für einzelne elektive (d.h. durch den Patienten auswahl- und planbare) Leistungsbereiche wie Hüftimplantationen aufgehoben werden und es sollten Selektivverträge, gekoppelt mit qualitätsorientierten Vergütungsmodellen, ermöglicht werden, schlägt das ICHOM vor. Solch eine Regelung strebt der Koalitionsvertrag für vier planbare Leistungen an. Darüber hinaus könnten Qualitätsanreize durch Strukturvorgaben bei der Krankenhausplanung und Mindestmengen gesetzt werden, so das ICHOM. Hierzu sind mehrere Regelungen laut Koalitionsvertrag niedergelegt. In der Summe finden sich somit einige Übereinstimmungen des Koalitionsvertrags mit der Analyse der ICHOM, wenn auch keine direkte Bezugnahme auf das Papier.

Weiterführende Links:

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode:
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>

Analyse des ICHOM zum „Qualitätswettbewerb“ für Krankenhäuser:

<http://www.bcg.de/documents/file151485.pdf>

Patientenrechte und Fehlerkultur

„Fehler als Chance“

Berlin – In einer vom AOK-Bundesverband und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) e.V. herausgegebenen Broschüre berichten „Profis aus Pflege und Praxis“ offen über Fehler.

„Menschen machen Fehler. Besonders schmerzlich ist dies, wenn dadurch Menschen zu Schaden kommen.“ Trotz des Wunsches zu helfen, unterliefen aber auch Pflegenden mit langjähriger Berufserfahrung – also vermeintlichen Profis – noch Fehler, so Jürgen Graalman, der Geschäftsführende Vorstand des AOK Bundesverbandes. Meist seien fehleranfällige Strukturen verantwortlich, Fehler passierten aber auch aufgrund von Missverständnissen und weil ein hoher Zeitdruck auf dem Pflegepersonal lastete. Durch das Berichten, Aufarbeiten und die Suche nach Strategien zur Risikoverminderung werde kein Schaden ungeschehen gemacht, aber ein zukünftiger möglicherweise vermieden. In einer offenen Fehlerkultur liege also ausdrücklich auch die Chance, die medizinische Versorgung für die Patientinnen und Patienten sicherer zu gestalten. Denn im medizinischen Betrieb seien Fehler besonders tragisch und hätten unter Umständen schwere Folgen für die betroffenen Patienten.

Umgang mit Fehlern

In der 36-seitigen Broschüre „Fehler als Chance“ wird auch Hilfestellung geleistet. Eine dort vorstellte Studie des Zentrums für Pflegeforschung und Beratung der Hochschule Bremen (Zepb) über den Umgang mit Fehlern durch Pflegenden offenbart Probleme, die entstehen, wenn kein offener Umgang mit Fehlern in einer Einrichtung herrscht. Gleichzeitig werden auch nützliche Vorschläge zur Etablierung einer solchen Fehlerkultur unterbreitet. Denn Pflegekräfte könnten auch viel dazu beitragen, die Zahl der Fehler zu reduzieren, so dass erst gar kein Schaden eintrete. Ihre Mitarbeit bei der Fehlerprävention sei deshalb unverzichtbar, lautet eine Hauptbotschaft.

Eine weitere Botschaft lautet: Sind Fehler gemacht worden, wollen Patienten offen und rasch informiert werden, verstehen, was schief gelaufen sei, welche gesundheitlichen Folgen das Ereignis habe und wie die Behandlung weitergehe. Nach einem schweren Fehler sei es die Pflicht der Klinikleitung, Verantwortung zu übernehmen und dem Patienten das Bedauern auszusprechen. Daneben brauche der Patient Kontaktadressen für klinische, psychologische, soziale und finanzielle Unterstützung sowie Beratung.

Zudem wollten Patientinnen und Patienten aber auch sicher gehen, dass die Einrichtung aus dem Vorfall gelernt habe und der Fehler sich nicht wiederhole. Würden diese Informationen vermittelt, bliebe das Vertrauen in das Behandlungsteam und die Einrichtung meistens erhalten. Und manch Fehler ließe sich zukünftig vermeiden. Nach den Vorgaben des Anfang 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes soll die Einführung entsprechender Fehlermeldesysteme künftig für Kliniken verpflichtend sein.

Das Institut für Patientensicherheit

Mitherausgeber der Broschüre ist das bereits 2005 gegründete APS, in dem sich Vertreter der Gesundheitsberufe, Fachgesellschaften, Forschungsinstitute, Krankenkassen, Institutionen der Selbstverwaltung und Patientenorganisationen zusammengeschlossen haben. Ziele des APS sind die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung geeigneter Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit. Empfehlungen, Aktionen und Kampagnen entwickelt das APS in multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppen. Denn die Verbesserung der Patientensicherheit könne nur gemeinsam, in einem Bündnis aller an Patientensicherheit interessierter Akteure im Gesundheitswesen, erreicht werden. Wissenschaftlich unterstützt wird das APS vom Institut für Patientensicherheit, das die Aktionen und Aktivitäten mit entsprechenden Forschungsprojekten begleitet. Über erste Erfolge kann sich das APS auch bereits freuen. In der deutschen Gesundheitspolitik scheint das Thema Patientensicherheit zunehmend mehr Beachtung



zu finden. Handlungsempfehlungen des APS werden rege nachgefragt und auch umgesetzt. Zu zentralen politischen Themen, wie dem Patientenrechte-, dem Infektionsschutz- sowie zum Versorgungsstrukturgesetz, hat das APS Stellung genommen und sich in die Diskussion eingebracht.

Weiterführende Links:

Die Broschüre des AOK-Bundesverbandes „Fehler als Chance – Profis aus Pflege und Praxis berichten“:

<http://www.aok-bv.de/politik/patientensicherheit/index.html>

Website des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.:

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

Das Patientenrechtegesetz:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Patientenrechte/130201_Patientenrechtegesetz_im_BR-Drs_007-13.pdf



Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Sang-Jin Pak (Vors.)
Adrian Bauer
Denis Dubru
Georges Dassonville

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.