

## Editorial: Patientenorientierung als neuer Fokus der Krankenhausreform



**München** – Eine Reform des Krankenhausesektors, steht ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. In der Vergangenheit wurden vor allem die Probleme durch die getrennte Zuständigkeit in der Krankenhausfinanzierung von Ländern und Krankenkassen im Zusammenhang mit Neuregelungen diskutiert. Neuerdings betonen Gesundheitspolitiker aller Parteien, Reformen im stationären Bereich „vom Versorgungsbedarf her“, mit anderen Worten „patientenorientiert“, zu denken. Dieser Patientenbrief möchte wichtige Themenfelder und Hintergründe dieser bevorstehenden gesundheitspolitischen Diskussion beleuchten.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen  
Ihre Anne Kathrin Simon, Managerin Patient Relations

## Schwerpunkt: Patientenorientierte Versorgungsstrukturen im Krankenhaus

- **Deutschlands Krankenhauslandschaft wurzelt in der Historie**  
**Berlin** – Der Aufbau der deutschen Krankenhauslandschaft und die darin vorgesehene Rolle des Patienten sind am besten aus der Historie der stationären Versorgung heraus zu verstehen. » [Seite 2](#)
- **Komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen**  
**Berlin** – Wer das deutsche Krankenhauswesen reformieren möchte, dem bietet sich eine höchst komplexe Ausgangslage: Die Struktur der stationären Einrichtungen weist heute eine große Trägervielfalt und unterschiedlichste Versorgungsformen und -stufen auf. » [Seite 3](#)
- **Chancen durch die angekündigte Krankenhausreform?**  
**Berlin** – Von der Mengenorientierung zu mehr Qualitätsorientierung ist die allgemeine Forderung im Blick auf eine patientenorientiertere Versorgungsstruktur im Krankenhaus. » [Seite 6](#)
- **„Die medizinische Versorgung soll interdisziplinär, intersektoral und qualitätsgesichert sein“**  
**Berlin** – Wie nimmt die Selbsthilfe die stationäre Versorgung wahr? Wo bestehen zentrale Ansatzpunkte einer Reform? Eine Einschätzung erhalten wir in dieser Ausgabe von Herrn Günter Feick und Herrn Jens-Peter Zacharias vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e. V. » [Seite 9](#)
- **Patientenvertretung befürchtet Stillstand im Krankenhausbereich**  
**Berlin** – „Erhebliche Lücken“ attestiert die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einem jüngst beschlossenen Vorschlag für Qualitätssicherungsverfahren bei Krankenhausinfektionen. » [Seite 10](#)
- **IQWiG bezieht Patientenpräferenzen ein**  
**Berlin** – Um Patienten als „Endverbraucher“ von Gesundheitstechnologien in die frühe Nutzenbewertung einzubeziehen, testete das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwei verschiedene wissenschaftliche Methoden auf ihre Umsetzbarkeit. » [Seite 12](#)
- **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff bestimmt die kommende Pflegereform**  
**Berlin** – Der „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ ist zentral für Art und Ausmaß der gewährten Unterstützung der Betroffenen in der kommenden Pflegereform. » [Seite 13](#)

## Stationäre Versorgung

### Deutschlands Krankenhauslandschaft wurzelt in der Historie

**Berlin** – Der Aufbau der deutschen Krankenhauslandschaft und die darin vorgesehene Rolle des Patienten sind am besten aus der Historie der stationären Versorgung heraus zu verstehen.

Der Anspruch des Krankenhauses, mit Hilfe einer ärztlichen Therapie Krankheiten heilen zu können, entwickelte sich erst im späten 19. Jahrhundert. Zuvor hatten die Krankenhäuser innerhalb der Gesundheitsversorgung keine große Bedeutung. Kranke wurden zu Hause versorgt. Eine andere Bedeutung gewannen die Krankenhäuser mit dem Fortschritt in der Medizin, unter anderem wegen der Entdeckung der Anästhesie und völlig neuer Möglichkeiten der Chirurgie.

Träger der Krankenhäuser waren anfangs überwiegend die Kirchen und karitative Einrichtungen. Erst deutlich später kamen auch Städte und kommunale Einrichtungen als Träger hinzu. Aus dieser Entwicklung erklärt sich auch die heutige Krankenhauslandschaft in Deutschland mit den verschiedenen Trägern.

#### **Strikte Sektorentrennung**

Mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1883 nahmen die Krankenkassen innerhalb des Gesundheitswesens eine machtvolle Position gegenüber der Ärzteschaft ein. Einerseits konnten sie Einzelverträge mit Ärztinnen und Ärzten schließen, andererseits verfügten sie mit den sog. Ambulatorien über eigene Versorgungseinrichtungen, über die sie Ärztinnen und Ärzte anstellten. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts regte sich innerhalb der Ärzteschaft Widerstand gegen die, aus ihrer Sicht, übermächtigen Krankenkassen. Die Patienten sollten die freie Arztwahl haben. Als Reaktion auf wilde Streiks von Ärzten wurde im Jahr 1932 den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die alleinige Verantwortung für die flächendeckende ärztliche Versorgung übertragen. Die KVen erhielten also ein „Versorgungsmonopol“. Eine Konsequenz dieser Entwicklung war die strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor, die Deutschland von vielen anderen Ländern unterscheidet: Nach der Krankenhausbehandlung wird der Patient in die Hände eines ambulant tätigen Arztes übergeben. Eine unmittelbare Folge dieser „sektoralen“ Trennung zwischen der ambulanten und stationären Behandlung war eine ausgeprägte so genannte „doppelte“ Facharztstruktur in Deutschland. In vielen anderen Ländern arbeiten die spezialisierten Fachärzte überwiegend oder ausschließlich an Krankenhäusern und behandeln dort sowohl stationäre als auch ambulante Patienten. In Deutschland waren solche kontinuierlichen Behandlungsformen des Patienten aufgrund der strikten Trennung beider Sektoren lange Zeit nicht möglich. Der Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor bedeutete lange Zeit einen Bruch, der mit entsprechenden Informationsverlusten an den Sektorenschnittstellen einherging.

#### **Kaum Patientenorientierung**

Bereits dieser kurze Abriss der Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens macht deutlich, dass innerhalb der historisch gewachsenen Strukturen der Fokus auf den Patienten nur eine marginale Rolle spielte. Dominierend waren wirtschaftliche Interessen über alle Sektoren hinweg. Auch die Frage nach mehr Qualität trat weitgehend in den Hintergrund. Bis 1999 stand in keiner der etwa 90 Gesetzesänderungen, die seit Mitte der siebziger Jahre zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt sind, die Verbesserung der Stellung des Patienten im Mittelpunkt. Heute trägt Deutschland den zweifelhaften Titel „OP-Weltmeister“ (OP=Operation). Von 2005 bis 2011 stieg die Zahl der Operationen in deutschen Krankenhäusern von 12,13 auf 15,37 Millionen. Bei den Krankenhausbehandlungen insgesamt liegt Deutschland nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit mit 240 pro 1.000 Einwohner pro Jahr auf einem Spitzenplatz, eine OECD-Studie gelangt zu ähnlichen Ergebnissen. Bemängelt werden in diesem Zusammenhang falsche Anreize wie Verträge von

Ärzten mit einer Bonusregelung für eine bestimmte Anzahl von Operationen. Gefordert wird von Experten eine Wende von der Mengen- zur Ergebnisqualitätsentwicklung. Mit „Menge“ ist die Anzahl der Krankenhausbehandlungen gemeint. Hinzu kommt, dass Deutschland im europäischen Vergleich bei Krankenhausbetten nach wie vor einen Spitzenplatz belegt, obwohl sich deren Zahl seit 1991 bereits um rund 159.000 verringert hat. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kamen 2006 auf 10.000 Einwohner 83 Klinikbetten. Die wenigsten Betten (29 auf 10.000 Einwohner, Stand 2006) hatte Schweden.

## Große Krankenhausstrukturreform in der neuen Legislaturperiode

Es steht außer Zweifel, dass für alle Gesundheitspolitiker, gleich welcher Partei, in der neuen Legislaturperiode eine Krankenhausstrukturreform ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda steht. Das haben beispielsweise die gesundheitspolitischen Sprecher von CDU/CSU und SPD kurz vor dem Ende der Legislaturperiode immer wieder angekündigt. Auch die Bundesländer sind an einer Reform interessiert, da sie für die Krankenhausplanung verantwortlich sind. Ziel der Reform soll es sein, die immense Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen und gleichzeitig den Fokus besonders auf die Qualität der Versorgung zu richten. Ein zentrales Thema ist die Mengenbegrenzung bei den Behandlungen und welche Rolle dabei das derzeitige Finanzierungssystem spielt. Auch die Zahl der Krankenhäuser steht zu Disposition.

Weiterführende Links:

[http://www.managing-hospital-volumes.de//cms/medium/20/ManagingHospitalVolumes\\_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf](http://www.managing-hospital-volumes.de//cms/medium/20/ManagingHospitalVolumes_GermanyandExperiencesfromOECDCountries.pdf)

[http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/publikationen/khr/index\\_09279.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/publikationen/khr/index_09279.html)

<http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>

## Charakteristika der Krankenhausversorgung

---

### Komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen

**Berlin** – Wer das deutsche Krankenhauswesen reformieren möchte, dem bietet sich eine höchst komplexe Ausgangslage: Die Struktur der stationären Einrichtungen weist heute eine große Trägervielfalt und unterschiedlichste Versorgungsformen und -stufen auf.

### Heutige Krankenhauslandschaft

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland deutlich verändert. Gab es 1966 noch 3.635 und 1991 noch 2.411 Krankenhäuser, so sank ihre Zahl bis 2011 auf 2.045, auch durch Fusionen. In der Trägerstruktur gab es ebenfalls große Verschiebungen. Die Anzahl der privaten Träger nahm vor allem auf Kosten der öffentlichen Krankenhäuser stark zu. Sie liegt inzwischen bei über einem Drittel.

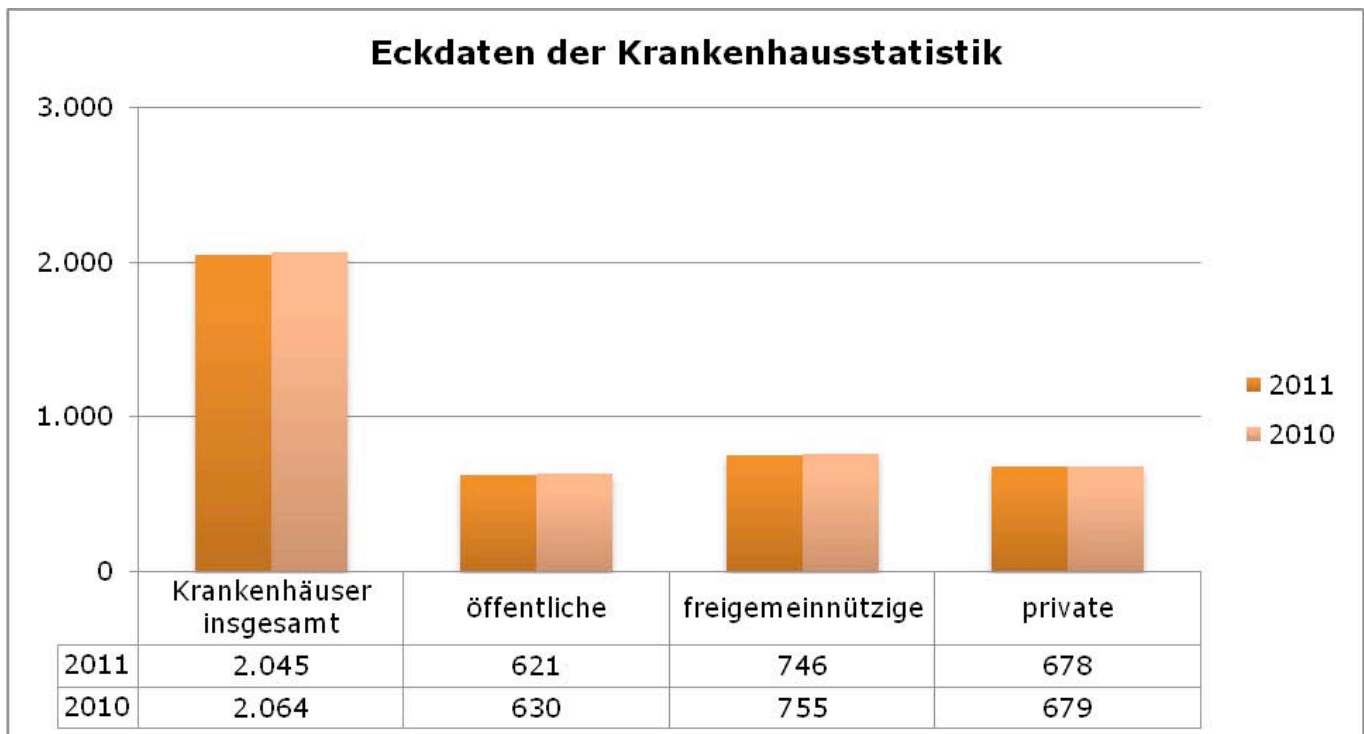
Krankenhaus ist jedoch nicht gleich Krankenhaus. In Deutschland gibt es eine Vielfalt stationärer Versorgungsformen, wobei die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhausbetten und Krankenhausleistungen weitgehend bei den Bundesländern liegt. Sie haben auf der Grundlage des Landeskrankenhausplans ein Entscheidungsrecht bei der Zulassung eines Krankenhauses. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die Behandlungskosten in denjenigen Krankenhäusern, die im Plan verzeichnet sind, erstatten, daher der Begriff „Plankrankenhäuser“. Die Universitätskliniken gehören automatisch dazu. Andere Krankenhäuser müssen mit den gesetzlichen Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abschließen, wenn die Behandlungskosten über die Krankenkasse abgerechnet werden sollen. Deshalb spricht man von „Vertragskrankenhäusern“.

### Versorgungsstufen

Bei den Krankenhäusern der Allgemeinversorgung werden verschiedene Versorgungsstufen unterschieden. Maßgeblich sind dabei die Zahl der Betten und das Angebot der medizinischen Versorgung. Sie müssen im Landeskrankenhausplan vorgesehen sein. Es gibt Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, Schwerpunktkrankenhäuser und der Maximalversorgung. Die Häuser der Grundversorgung verfügen über die wenigsten Betten und Ausdifferenzierung der Abteilungen bis hin zu denen der Maximalversorgung mit mehr als 800 Planbetten. Abweichend von der Planbettenzahl kann ein Krankenhaus einer anderen Versorgungsstufe zugeordnet werden, wenn seine Aufgabenstellung der einer anderen Versorgungsstufe entspricht.

**Trägerstrukturen**

Es entspricht der Grundstruktur unserer staatlichen und gesellschaftlichen Ordnung, dass sich auch im Gesundheitswesen öffentliche, gemeinnützige und private Einrichtungen engagieren. Das gilt auch für den Krankenhausesektor. Vorwiegend die Kommunen treten als öffentliche Träger von Krankenhäusern auf. Sie lösen damit eine Pflicht des Staates ein, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Freigemeinnützige Krankenhausträger handeln aus religiösen und weltanschaulichen Motiven heraus. Die Kirchen haben eine große Tradition in der Trägerschaft von Krankenhäusern und haben über lange Zeit die Versorgung sichergestellt. Die privaten Krankenhäuser haben das legitime Interesse, das von privaten Investoren eingesetzte Geld angemessen zu verzinsen.



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

**Duale Finanzierung und ihre heutige Problematik**

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 hat der Gesetzgeber das „duale System“ für die Krankenhausfinanzierung eingeführt: die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen teilen sich die Kosten. Die Investitionskosten werden von den Bundesländern getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung. Ein Krankenhaus hat allerdings nur einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen, wenn es in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden ist. Die gesetzlichen Krankenkassen kritisieren, dass die Länder Entscheidungen über Investitionen teilweise unter

politischen Gesichtspunkten träfen und die Krankenkassen die Folgekosten von Überkapazitäten zu tragen hätten. Rationalisierungseffekte seien so kaum zu erzielen. Zudem zeige sich auch immer wieder, dass Investitionen, die aus der Versorgungsperspektive sinnvoll wären, unterblieben. Unter den Experten herrscht Übereinkunft, dass die meisten Länder ihre Investitionspflichten dramatisch vernachlässigen. So müssten Teile der Fallpauschalen (siehe Infokasten) für notwendige Investitionen abgezweigt werden, so dass die Krankenhäuser dadurch in Finanznöte gerieten. Das verleite Kliniken dazu „in die Menge“ zu gehen.

## Was sind Fallpauschalen bzw. DRGs?

Die frühere Abrechnung der stationären Krankenhausleistungen über pro Tag geltende Pflegesätze führte dazu, dass Patienten – soweit Betten zur Verfügung standen – möglichst lange im Krankenhaus behalten wurden. Man ging nach einer Art „Selbstkostendeckungsprinzip“ vor. Um die damit verbundene Kostensteigerung für das Gesundheitssystem zu beenden, kam es zu einer grundsätzlichen Umstellung: Nicht mehr die Liegezeit ist der entscheidende Faktor, sondern der behandelte „Fall“, beispielsweise – stark vereinfacht – „der Blinddarm“. Ab 2004 kam es zur verbindlichen Einführung der „Fallpauschalen“ bzw. „DRGs“ (Diagnosis related groups).

Statt nach Pflegesätzen müssen die Krankenhäuser seitdem die stationären - und teilweise auch teilstationären - Krankenhausleistungen nach dem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis related groups) abrechnen. Das deutsche DRG-System baut auf dem in Australien schon länger angewandten System auf und ist auf die Verhältnisse in Deutschland angepasst worden. Herausgeber des Systems ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH, DRG-Institut) im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen. Das DRG-System fasst Behandlungsfälle, die medizinisch und hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs ähnlich sind, in Fallgruppen, den „Diagnosis related groups“ (DRG), zusammen. Ergänzt wird das G-DRG-System durch einen Katalog von „Zusatzentgelten“, also zusätzlichen Geldern, für besonders aufwendige Maßnahmen. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, gelten Sonderregelungen.

Derzeit gibt es 1.187 DRG-Fallpauschalen (2012: 1.193). Sie werden jährlich überarbeitet und angepasst. Für die Ermittlung der Fallpauschalen 2013 wurden die tatsächlichen Behandlungskosten aus 241 Krankenhäusern berücksichtigt. Dazu standen über drei Millionen Krankenhausbehandlungen (Fälle) zur Verfügung.

## Entwicklung der Fallzahlen, Verweildauer und Ausgaben

Nirgendwo innerhalb der OECD-Staaten werden laut einer OECD-Studie so viele Koronar-Bypässe sowie Hüft- und Knieendoprothesen eingesetzt wie in Deutschland. Die Autoren einer Untersuchung stellen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen stationären Überkapazitäten und erbrachter Leistungsmenge her. Nach dem jüngsten BARMER GEK Krankenhausreport hat sich das Gesamtbild der stationären Versorgung im Jahr 2012 nicht verändert: hohe Behandlungszahlen, ein Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall und eine geringfügig niedrigere Gesamtverweilzeit.



|  | 2011       | 2010       | +/- % | +/- abs. |
|--|------------|------------|-------|----------|
| <b>Patienten (Fallzahl) insgesamt</b>          | 18.335.813 | 18.032.903 | +1,7  | +302.910 |
| öffentliche Krankenhäuser                      | 9.048.669  | 8.969.730  | +0,9  | +78.939  |
| freigemeinnützige Krankenhäuser                | 6.306.023  | 6.200.550  | +1,7  | +105.473 |
| private Krankenhäuser                          | 2.981.121  | 2.862.624  | +4,1  | +118.497 |
| <b>durchschnittliche Verweildauer in Tagen</b> | 7,7        | 7,9        | -2,5  | -0,2     |
| öffentliche Krankenhäuser                      | 7,7        | 7,8        | -1,3  | -0,1     |
| freigemeinnützige Krankenhäuser                | 7,5        | 7,7        | -2,6  | -0,2     |
| private Krankenhäuser                          | 8,2        | 8,4        | -2,4  | -0,2     |
| <b>durchschnittliche Bettenauslastung in%</b>  | 77,3       | 77,4       | -0,1  | -0,1     |
| öffentliche Krankenhäuser                      | 78,7       | 78,9       | -0,3  | -0,2     |
| freigemeinnützige Krankenhäuser                | 75,7       | 75,3       | +0,5  | +0,4     |
| private Krankenhäuser                          | 76,8       | 77,1       | -0,4  | -0,3     |

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betragen die Ausgaben für den Krankenhaussektor 2011 rund 76,8 Mrd. Euro, das waren 26 Prozent der Gesundheitsausgaben und eine Steigerung um 3,3 Prozent gegenüber 2010. 63,2 Mrd. Euro, d. h. 82,3 Prozent der Krankenhausaufgaben entfielen auf die gesetzliche Krankenversicherung, 7,9 Mrd. Euro, d. h. 10,3 Prozent auf die Private Krankenversicherung. Zur Einordnung: Die gesetzlichen Krankenkassen hatten im Jahr 2012 Ausgaben in Höhe von rund 184,5 Milliarden Euro. Dem standen Einnahmen in Höhe von rund 189,6 Milliarden Euro gegenüber, so dass sich ein Überschuss von 5,07 Milliarden Euro ergab.

Weiterführende Links:

[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/drg/drg\\_2013/KH\\_G-DRG-System\\_2013\\_Abschlussbericht\\_2012\\_12\\_19.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_2013/KH_G-DRG-System_2013_Abschlussbericht_2012_12_19.pdf)

[http://www.g-drg.de/cms/Rechtsgrundlagen/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Krankenhausfinanzierungsgesetz\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/Rechtsgrundlagen/Gesetze_und_Verordnungen/Krankenhausfinanzierungsgesetz_KHG)

<http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Reports/Report-Krankenhaus-2013/Report-Krankenhaus2013,property=Data.pdf>

## Patientenorientierung im Krankenhaus

### Chancen durch die angekündigte Krankenhausreform?

**Berlin** – Von der Mengenorientierung zu mehr Qualitätsorientierung ist die allgemeine Forderung im Blick auf eine patientenorientiertere Versorgungsstruktur im Krankenhaus.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat sich schon in seinem Gutachten 2000/2001 nachdrücklich für mehr Patientenorientierung in der Versorgung ausgesprochen. Diese Forderung stehe allerdings im Widerspruch zu einer Reihe von derzeitigen Leitbildern, z.B. der Vorrangigkeit institutioneller Orientierung als auch einer strikten Kostenorientierung. Ebenfalls sei in der Arzt-Patient-Beziehung eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert. Zielvorstellung für ein System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert sei eine „partnerschaftliche Medizin“, die mehr Mitgestaltungsrechte für Patienten und Versicherte beinhalte.

Im Gespräch befinden sich derzeit mehrere Ansätze, die darauf abzielen, sektorale Grenzen zu überwinden und die stationäre Behandlung stärker an den Bedürfnissen des Patienten auszurichten. Ebenso gilt es, mehr Transparenz hinsichtlich der Behandlungsqualität zu schaffen.

### **Überwindung sektoraler Grenzen: ASV**

Die so genannte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist eine in 2012 durch den Gesetzgeber auf den Weg gebrachte Versorgungsform, die die ambulante Behandlung im Krankenhaus für schwerwiegende Erkrankungen auf Dauer ablösen soll. Sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Medizinische Versorgungszentren - MVZ) als auch Krankenhäuser sollen künftig schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen unter grundsätzlich denselben Anforderungen ambulant behandeln können (§ 116 b Sozialgesetzbuch V).

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, das Nähere zur ASV in einer Richtlinie zu regeln. Die ASV befindet sich derzeit noch im Entwicklungsstadium. Die Einführung dieser neuen Versorgungssäule im deutschen Gesundheitssystem soll mit Blick auf die Patienten die Chance einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungssituation bieten. Gerade aber die Interventionen von Patientenvertretern im G-BA in den Beratungsprozessen zur ASV zeigen die Schwierigkeiten der Umstrukturierung auf: Patientenvertreter äußern dort die Befürchtung, die ASV könne zu einer Verschlechterung der derzeit an den Krankenhäusern etablierten ambulanten Behandlung (§ 116 b SGB V alt) bei schwerwiegenden Erkrankungen führen.

### **Überwindung sektoraler Grenzen: IV**

Der Begriff „Integrierte Versorgung“ (IV) steht für Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungssektoren. IV-Verträge zielen auf eine patientenorientierte und interdisziplinär-fachübergreifende medizinische Versorgung durch die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner, z. B. Hausärzte, Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze oder Pflegeeinrichtungen.

### **Überwindung sektoraler Grenzen: MVZ**

Die mit dem 2003 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) möglichen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen durch die strukturierte Zusammenarbeit mehrerer ärztlicher Fachgebiete eine patientenorientierte Versorgung „aus einer Hand“ ermöglichen. Es handelt sich um fachübergreifende Einrichtungen, was bedeutet, dass in einem MVZ mindestens zwei Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sein müssen.

### **Qualitätssicherung – und Transparenz**

Zentral für eine optimale Patientenversorgung ist die Qualität der Behandlung. Hier obliegen dem G-BA wichtige Aufgaben. Er entscheidet, für welche Bereiche des Gesundheitswesens Qualitätsanforderungen bestimmt werden und wie detailliert und aufwendig diese Regelungen sind. Seine Vorgaben sind für die Leistungserbringer verbindlich. Der „externen stationären Qualitätssicherung“, also Maßnahmen der Qualitätssicherung, die einrichtungsübergreifend durchgeführt werden und den Vergleich gleichartiger Leistungen in verschiedenen Krankenhäusern ermöglichen, wird seitens des G-BA eine hohe Bedeutung zugemessen. Hier müssen geeignete Verfahren entwickelt werden. Der G-BA diskutiert aktuelle Fragestellungen jährlich mit Experten auf einer zweitägigen Konferenz in Berlin.

Im Auftrag des G-BA führt das AQUA-Institut die bundesweite und sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (SQG) durch.

**Als ein Ansatzpunkt zu mehr Transparenz wurden die** rund 2000 in Deutschland zugelassenen Krankenhäuser seit dem Jahr 2005 gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Die Berichte sollen einen umfassenden Überblick über Strukturen, Leistungen und Qualitätsaktivitäten der Krankenhäuser bieten. Sie dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Der G-BA hat jüngst entschieden, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser jährlich zu verfassen sind und die Ergebnisse von 289 Indikatoren (bisher 182), also Kennzahlen über verschiedene Bereiche, dargestellt werden müssen. Die Indikatoren kommen aus allen 31 Leistungsbereichen, die im Jahr 2012 in der externen stationären Qualitätssicherung waren und entsprechen damit rund 62 Prozent der insgesamt 464 erhobenen Indikatoren.

### **Kritik an Qualitätssicherungsberichten**

Die Qualitätsberichte führen immer wieder zu kritischen Diskussionen im G-BA über die Qualitätssicherung. Beispielsweise wird seitens des GKV-Spitzenverbandes angeregt, auch die nachstationäre Zeit eines Patienten (das so genannte „Follow up“) stärker in den Fokus zu stellen, da eine unauffällige Krankenhausentlassung zunächst noch nichts darüber aussage, ob es im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung durch später auftretende Komplikationen zu einer erneuten Einweisung des Patienten komme. Vor allem fällt es jedoch dem medizinischen Laien schwer, sich durch den Qualitätsbericht eines Krankenhauses ein umfassendes Bild über die Güte der Behandlung zu bilden. Um den Patienten bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses zu unterstützen, informieren einzelne Krankenkassen wie auch Zusammenschlüsse mehrerer Institutionen über die Qualität von Krankenhäusern, in dem sie Daten aus den Qualitätsberichten in komprimierter und grafisch aufbereiteter Form bereitstellen. Darüber hinaus existieren Projekte wie beispielsweise die „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung, die nach eigener Auskunft Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige bei der Suche nach einem Arzt oder Krankenhaus und bei der Auswahl der richtigen Pflegeleistung – mit „verständlichen und unabhängigen Informationen“ unterstützt.

### **Reform der Krankenhausplanung – und Finanzierung**

Experten fordern, dass die starre Krankenhausplanung aufgegeben wird und an ihre Stelle eine Raumplanung tritt, die von den Bedürfnissen des Patienten ausgeht. Über die Notwendigkeit, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren besteht weitgehende Einigkeit, die Vorschläge über den Weg dahin gehen aber in viele Richtungen. Während die Krankenkassen auf Selektivverträge mit den Krankenhäusern setzen, lehnt dies die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vehement ab. Sie setzt dagegen auf eine Zusammenarbeit mit den Landesregierungen statt mit den Krankenkassen. Denn mit Selektivverträgen wollten die Krankenkassen Einfluss auf die Qualität und Mengen nehmen. Daher würden Selektivverträge die Krankenhausinfrastruktur destabilisieren und langfristige Investitionsentscheidungen und Verpflichtungen für Weiterbildungen unmöglich machen, so die DKG.

Ebenso sehr will die DKG gegen qualitätsorientierte Vergütungsabschlüsse im Rahmen von „pay for performance – P4P“ vorgehen, die von den Krankenkassen an die Kliniken gezahlt werden sollen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat ein Gutachten zur qualitätsorientierten Vergütung (pay for performance, P4P) im Gesundheitswesen von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung erarbeiten lassen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es bislang noch nicht gelungen ist, in Studien zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen.

Weiterführende Links:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf>

<http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser.jsp>

<http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/zum-unterausschuss/3/>

<http://www.svr-gesundheit.de>



<http://www.weisse-liste.de>

<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/>

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/stationaere-versorgung/qualitaetssicherung.html>

[https://www.sqg.de/aktuelles/informationen/bundesauswertung\\_2012.html](https://www.sqg.de/aktuelles/informationen/bundesauswertung_2012.html)

## Interview mit Herrn Feick und Herrn Zacharias

### „Die medizinische Versorgung soll interdisziplinär, intersektoral und qualitätsgesichert sein“

**Berlin** – Wie nimmt die Selbsthilfe die stationäre Versorgung wahr? Wo bestehen zentrale Ansatzpunkte einer Reform? Eine Einschätzung erhalten wir in dieser Ausgabe von Herrn Günter Feick und Herrn Jens-Peter Zacharias vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e. V.

#### **Wie schätzen Sie die derzeitige stationäre Versorgung aus Sicht des Patienten ein?**

**BPS:** Jede medizinische Handlung, so auch stationäre Versorgung, soll den besten Patientennutzen zum Resultat haben, absolut und in Relation zu Behandlungskosten. Ob, wo und in welchem Umfang das in Deutschland der Fall ist, wird unzureichend ermittelt.

#### **Wie sollten patientenorientierte Versorgungsstrukturen im Krankenhaus aussehen?**

**BPS:** Patienten wollen ihre Erkrankung im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Bemühens wissen. Prostatakrebspatienten benötigen einen kompetenten Ansprechpartner zu jedem Zeitpunkt und in jedem Stadium ihrer Erkrankung. Zugang zum Sozialdienst, zu psychoonkologischer Betreuung und zu Prostatakrebs Selbsthilfegruppen sollen selbstverständlich sein. Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Krankenhäuser sollen Patienten hilfreich unterstützen. Die medizinische Versorgung soll interdisziplinär, intersektoral und qualitätsgesichert sein. Behandlung nach Leitlinie, Tumorkonferenzen und Angebote zur Teilnahme an Studien gehören zu den Grundstrukturen.

#### **Welche Einflussmöglichkeiten haben Patienten auf die Versorgungsstrukturen im Krankenhaus?**

**BPS:** Prostatakrebspatienten wirken mit bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in der Zertifizierungskommission der Prostatakrebszentren und in Leitlinienkommissionen. Einflusseffekte der Selbsthilfe sind abhängig von Kenntnis, Einsatzwillen und Kooperationsfähigkeit. Dieselben Anforderungen gelten für unsere Partner im Gesundheitswesen, und so sind sie die gemeinsame, tragfähige Basis für kontinuierliche Verbesserungen zum Nutzen der Patienten und des Gesundheitswesens insgesamt.

#### **Sind die Qualitätsberichte, die die Krankenhäuser seit 2005 verbindlich veröffentlichen müssen, ein Weg zu mehr Transparenz aus Sicht des Patienten?**

**BPS:** Nein, für die Erkrankung Prostatakrebs sind sie es nicht. Es fehlen nahezu alle Informationen zur Darstellung von Struktur- und Ergebnisqualität. Solange das nicht verbessert wurde, verdienen sie den Begriff „Qualität“ im Namen nicht.

#### **Ganz konkret: Was muss im Rahmen der nächsten Legislaturperiode unternommen werden, um das System patientenorientierter zu gestalten?**

**BPS:** Medizinische Versorgung soll in einem Qualifizierungs- und Verbesserungskontinuum erfolgen. Häufige Erkrankungen und onkologische Krankheiten überhaupt sollen in zertifizierten Zentren behandelt werden. Indikatoren müssen bestimmt werden zum Messen und Berichten patientenrelevanter Behandlungsergebnisse, und sie müssen international vergleichbar sein. Die Ergebnisse müssen in den öffentlich zugänglichen Krankenhausberichten dargestellt werden. Damit verbessert sich Behandlungsqualität, und Patienten können Art und Ort ihre Behandlung auf Grund objektiver, vergleichbarer Daten festlegen. Die Weichenstellungen des Nationalen Krebsplans sind gut. Jetzt müssen die Züge den Bahnhof verlassen ohne Stellwerksprobleme und schneller als im Bummeltempo. Hierbei ist jetzt und vor allem der G-BA gefordert.

## Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e. V.

Der BPS wurde im Jahr 2000 als Zusammenschluss von 18 Selbsthilfegruppen von Prostatakrebs-Betroffenen in Deutschland gegründet. Mittlerweile gehören dem BPS 238 Selbsthilfegruppen an. Damit ist der BPS europaweit die größte und weltweit die zweitgrößte Organisation von und für Prostatakrebspatienten. Ziel des gemeinnützigen Vereins ist es, Männer, die an Prostatakrebs erkrankt sind und deren Angehörigen zu unterstützen und somit eine Ergänzung zu professionellen Angeboten der gesundheitlichen Versorgung darzustellen. Darüber hinaus vertritt der BPS die Interessen der Betroffenen auf gesundheitspolitischer Ebene und ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) sowie der europäischen Prostatakrebsvereinigung "Europa UOMO". Der BPS steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe, die zugleich der wichtigste Partner und Unterstützer seiner Arbeit ist.

Weiterführende Links: <http://www.prostatakrebs-bps.de/>

## Qualitätssicherung

### Patientenvertretung befürchtet Stillstand im Krankenhausbereich

**Berlin** – "Erhebliche Lücken" attestiert die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einem jüngst beschlossenen Vorschlag für Qualitätssicherungsverfahren bei Krankenhausinfektionen.

Schon am 6. Mai 2013 hatten die zuständigen Patientenvertreter des G-BA-Unterausschusses Qualitätssicherung in einer Stellungnahme ausführlich ihre ausgesprochen scharfe Kritik dargelegt. Ausdrücklich betonten Sie, dass nicht das für die Entwicklung des Verfahrens zuständige AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) für die grundsätzlichen Mängel verantwortlich sei, sondern im Wesentlichen zwei Faktoren:

- Es fehle zum einen für die Überprüfung fachlicher Vorgaben an entsprechenden eindeutigen Festlegungen betroffener Fachgesellschaften oder Kommissionen,
- andererseits erscheine „der Widerstand betroffener Fachkreise, insbesondere der ökonomisch Verantwortlichen für die stationäre Versorgung“, was die Einführung zuverlässiger Indikatoren, also Kennzahlen, und „insbesondere die Schaffung von Transparenz über Ergebnisse wie

Strukturen“ anbelange, „massiv“.

### Ursprüngliche Zielsetzung der Patientenvertretung

Die Patientenvertretung selbst stellte im Jahr 2010 im G-BA den Antrag, so genannte „nosokomiale Infektionen“, also im Krankenhaus erworbene Infektionen aufzugreifen. Als Zielsetzung benannten die Patientenvertreter die Verringerung der dadurch bedingten Todesfälle, vor allem durch so genannte Sepsis (im Volksmund: Blutvergiftung) sowie das Eindämmen der Ausbreitung von multiresistenten Erregern (MRE). Da dem G-BA die Themenstellung zu weit gefasst war, beschloss man die genannten Qualitätsziele beispielhaft mit der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung zweier konkreter Infektionsanlässe aufzugreifen: einmal durch bestimmte Katheter bedingte Infektionen („Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen“) sowie die Wundinfektionen nach Operationen („postoperative Wundinfektionen“).

### Schwerwiegende Mängel des Berichts

Im Zuge der Ausarbeitung der Qualitätssicherungsverfahren seien dann gerade diese, oben genannten, „patientenrelevanten Endpunkte“ weggefallen, heißt es in der erwähnten Stellungnahme der Patientenvertretung. Die zuständige Sprecherin der Patientenvertretung im G-BA, Ilona Köster-Steinebach von der Verbraucherzentrale Bundesverband, benannte am 18. Juli 2013 wichtige Fragestellungen in dem „Bericht zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wunden“ des AQUA-Instituts als ungelöst – zum Beispiel: „Welche wirksamen Maßnahmen unternehmen Krankenhäuser zur Prävention von Infektionen. Wie häufig und wann werden Patienten etwa auf bestehende Infektionen oder die Besiedelung mit multiresistenten Keimen untersucht? In welchen Einrichtungen treten wie häufig Krankenhausinfektionen mit besonders gefährlichen multiresistenten Erregern abgesehen vom MRSA auf?“ Für das beschlossene Verfahren Versicherungsgelder einzusetzen, hält Köster-Steinebach „für Verschwendung“.

### Politische Relevanz

Bis zur Umsetzung dieses vom G-BA beschlossenen Qualitätssicherungsvorschlags des AQUA-Instituts dürften nach einhelliger Meinung Jahre vergehen. Das AQUA-Institut empfiehlt „bis zum Regelbetrieb“ auch zunächst noch einige Vorschritte, unter anderem eine „Machbarkeitsstudie“. Der G-BA wird nun über das weitere Vorgehen entscheiden müssen. Auch wenn die Patientenvertretung kein Stimmrecht im G-BA hat, dürfte die standhafte Ablehnung und entsprechende Außenkommunikation der Patientenvertreter bei künftigen Beratungen zu diesem Sachverhalt vielleicht doch noch in ihrem Sinne Positives bewirken. Zumal auch die Politik das Thema auf dem Schirm hat. Bei der kurz vor der parlamentarischen Sommerpause beschlossenen Soforthilfe für die Krankenhäuser wurde gleichzeitig ein Hygieneförderprogramm für Krankenhäuser verabschiedet, dass zum 1. August 2013 in Kraft getreten ist. Und schon vor der Bundestagswahl war klar: „Qualität im Krankenhaus“ zählt zu den Top-Themen jeder neuen Bundesregierung.

Weiterführende Links:

[https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht\\_Vermeidung\\_nosokomialer\\_Infektionen\\_Postoperative\\_Wundinfektionen.pdf](https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht_Vermeidung_nosokomialer_Infektionen_Postoperative_Wundinfektionen.pdf)

<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/sectoreneuebergreifend/>

[http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2031/2012-08-16\\_Aenderung-Beauftragung-Abgabetermin\\_QS-Verf-NI\\_Beauftragung.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2031/2012-08-16_Aenderung-Beauftragung-Abgabetermin_QS-Verf-NI_Beauftragung.pdf)

## Kosten-Nutzen-Bewertung

### IQWiG bezieht Patientenpräferenzen ein

**Berlin** – Um Patienten als „Endverbraucher“ von Gesundheitstechnologien in die frühe Nutzenbewertung einzubeziehen, testete das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwei verschiedene wissenschaftliche Methoden auf ihre Umsetzbarkeit.

Bei der systematischen Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien will das IQWiG nicht nur deren gesundheitsökonomisches Profil in den Blick nehmen, sondern auch die Expertise und Meinung aller wichtigen Akteure einbeziehen.

Was den Akteur Patient betrifft, fehlte es dazu bisher jedoch schlichtweg an evidenzbasierten Verfahren, um dessen Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich des Behandlungsprozesses abzubilden. Nach einer ersten Testphase veröffentlichte das IQWiG im Mai 2013 ein „Arbeitspapier“, in dem das Ergebnis eines Pilotprojekts vorgestellt wurde, mit dem „Patientenpräferenzen“ offengelegt werden sollten. Präferenz meint dabei den Vorzug oder die Begünstigung einer Therapie-Alternative durch den Patienten.

#### **AHP-Verfahren**

Das vom Mathematiker Thomas L. Saaty in den 70er Jahren entwickelte Analytic Hierarchy Process (AHP)-Verfahren wurde in der Pilotstudie vom IQWiG angewendet, um Patienten, die an einer Depression erkrankt sind, zu ermöglichen, verschiedene Ziele einer Behandlung mit Antidepressiva (sogenannte „Endpunkte“) zu priorisieren und zu gewichten. Zugleich wurden auch die endpunktbezogenen Präferenzen von Experten, die Depressionen behandeln, erhoben. Endpunkte waren beispielsweise die „Wirksamkeit“ der Depressionsbehandlung, das Ansprechen auf die Behandlung (Response), das Erreichen von Symptombefreiheit (volle Remission), die Vermeidung eines Rückfalls oder aber „Unerwünschte Wirkungen“ wie Anstieg des Blutdrucks, Übelkeit, sexuelle Funktionsstörungen oder auch schwerwiegende unerwünschte Wirkungen, die lebensbedrohlich sein können, zu schweren Behinderungen führen können.

#### **Patienten- und Arztpräferenzen unterschiedlich**

Das IQWiG bewertet das Ergebnis des Pilotprojekts rundum positiv und kam zu dem Fazit, das AHP-Verfahren sei eine geeignete Methode zur Abbildung von Patientenpräferenzen. Interessanterweise zeigte sich auch, dass Patienten- und Arztpräferenzen in einigen Punkten erheblich voneinander abwichen. Beispielsweise ist den Patienten bei einer akuten mittelschweren oder schweren Episode einer Depression ein Ansprechen auf die Behandlung, z.B. durch ein Medikament, als überragendes Therapieziel wichtiger als das Therapieziel Remission (Symptombefreiheit). Da der Arzt also nicht immer die Ansichten des Patienten teilt, erscheint es umso wichtiger, den Patienten in die Bewertung von medizinischer Verfahren und Technologien einzubeziehen.

Das Pilotprojekt besitzt offenbar nicht nur einen (zunächst) akademischen Charakter: Noch im Jahr 2013 wird das IQWiG eine Kosten-Nutzenbewertung der in der Pilotstudie eingesetzten Antidepressiva vornehmen. Hier könnte es schon Ergebnisse des Pilotprojekts einfließen lassen.

Weiterführende Links:

[https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier\\_Analytic-Hierarchy-Process\\_Pilotprojekt.pdf](https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Analytic-Hierarchy-Process_Pilotprojekt.pdf)

[https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapiere/kosten\\_nutzen\\_bewertung/kosten\\_und\\_nutzen\\_in\\_der\\_medizin.3024.html](https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapiere/kosten_nutzen_bewertung/kosten_und_nutzen_in_der_medizin.3024.html)



## Pflege

### Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff bestimmt die kommende Pflegereform

**Berlin** – Der „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ ist zentral für Art und Ausmaß der gewährten Unterstützung der Betroffenen in der kommenden Pflegereform.

Als dankenswerte Errungenschaft des Wohlstands und damit verbunden des medizinischen Fortschritts, werden die Menschen heute in Deutschland immer älter. In Folge dessen verzeichnet die Statistik etwa 2,3 Millionen pflegebedürftige Personen, deren Zahl in einigen Jahrzehnten, nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), bis auf vier Millionen anwachsen könnte. Das konfrontiert Politiker und Experten mit der Fragestellung, ob die bislang in den Pflegegesetzen definierten Begrifflichkeiten und daraus resultierenden Leistungen, diesem Geschehen noch angemessen Rechnung tragen.

#### **Experten-Beiräte zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Schon die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) nahm die Problematik in Angriff. Am Ende ihrer Amtszeit, in 2009, überreichte ihr der damals vom BMG beauftragte „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“, nach dessen Vorsitzendem „Gohde-Kommission“ genannt, eine erste Analyse. Nach dem Regierungswechsel sollte es eine Weile dauern, bis im März 2012 mit dem „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ unter Vorsitz des Patientenbeauftragten Wolfgang Zöller (CSU) und dem ehemaligen Vorstand des GKV-Spitzenverbandes K.-Dieter Voß eine weitere Kommission nachfolgte.

#### **Geltender Pflegebedürftigkeitsbegriff ist überholt**

In ihrem Bericht kommt die Zöller-Voß-Kommission zu dem Fazit, dass der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff in seiner Fixierung auf den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen ebenso wenig modernen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspreche, wie auch die so genannte „Minutenpflege“, also die Verwendung des Faktors Zeit als Bemessungsgröße der im Einzelfall benötigten Hilfen. Der Hilfebedarf werde zudem ungleich erfasst, da der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit allein maßgebende Katalog (§14 Abs. 4 SGB XI) vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtige, so die Kommission.

#### **NBA – Neues Begutachtungsinstrument**

Erforderlich sei ein Pflegebedürftigkeitsbegriff, der alle körperlichen und geistigen bzw. psychischen Einschränkungen und Störungen umfasse, sowie ein Bewertungssystem, das Lebens- und Bedarfslagen hilfebedürftiger Menschen flexibel erfasse, sehr differenziert sei, aber auch transparent und Akzeptanz finde. Notwendig sei ein völlig neues Begutachtungsinstrument, ein „neues Begutachtungsassessment“ (NBA). Die von der Gohde-Kommission vorgeschlagene Neukonzeption „NBA“ ist ein „lernendes System“. Der Begriff der Pflegestufen wird durch den Begriff des Bedarfsgrades abgelöst: Fünf Bedarfsgrade, denen Punktwerte zugeordnet werden, reichen von 1. geringer (10-29 Punkte), 2. erheblicher (30 – 49 Punkte), 3. schwerer (50-69 Punkte) über 4. schwerste (mehr als 70 Punkte) Beeinträchtigung der Selbständigkeit bis hin zu 5. schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die mit besonderen Anforderungen einhergeht (Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation).

#### **Politische Entscheidungen vor der Pflegereform erforderlich**

Die Zöller-Voß-Kommission befasste sich intensiv mit der Ausgestaltung des NBA sowie dessen Umsetzung. Dafür hat sie eine „Road Map“ für den Zeitraum von anderthalb Jahren, also einen Handlungsfahrplan, entwickelt. Das war oppositionellen Politikern, aber auch manchen Experten zu

wenig. Kritiker bemängeln, dass die Politik bislang nicht die Kraft gehabt habe, die Pflegegrade mit Preisen zu hinterlegen. Dem Vernehmen nach veranschlagt Daniel Bahr für eine umfassende Reform zusätzliche zwei Mrd. Euro, während einige Experten von drei Mrd. und mehr ausgehen. Einigkeit herrscht bei den Politikern darüber, dass die Pflegeversicherung nach wie vor eine „Teilkasko-Versicherung“ bleibt. In Berlin rechnet man damit, dass die Pflegereform mit der Installierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff 2015 in Angriff genommen werden wird – gleich unter welcher Regierung.

#### Weiterführende Links:

<http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html>

[http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitsbegriff/s\\_pflegebeduerftigkeitsbegriff.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitsbegriff/s_pflegebeduerftigkeitsbegriff.jsp)

[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht\\_Gesamt\\_26012009.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Gesamt_26012009.pdf)

[http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht\\_Expertenbeirat\\_Pflegebeduerftigkeitsbegriff\\_vorab\\_130627.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitsbegriff_vorab_130627.pdf)

## Impressum

---

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG  
[www.glaxosmithkline.de](http://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](mailto:ilka.i.einfeldt@gsk.com)

Anne Kathrin Simon  
Managerin Patient Relations  
Tel: 089 - 360 44-8464  
Fax: 089 - 360 44-98464  
[anne-kathrin.k.simon@gsk.com](mailto:anne-kathrin.k.simon@gsk.com)

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

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.  
Diese können Sie auf [www.patientenpolitik.de](http://www.patientenpolitik.de) einsehen.