

report bayern

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

ersatzkassen

Gesundheitsreform gefährdet die Grundsätze des Gesundheitswesens

Trotz anhaltender massiver Kritik will die Bundesregierung die Gesundheitsreform 2006 durchsetzen. Alle Akteure im deutschen Gesundheitswesen warnen unisono vor fatalen Folgen der anvisierten Reformmaßnahmen für die medizinische Versorgung im Lande. Der breite Protest manifestiert sich in großen Kundgebungen deutschlandweit. Die Staatsrechtler weisen auf gravierende Verstöße des Gesetzentwurfs gegen das Grundgesetz hin. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stellt in seinem Jahresgutachten 2006 der Gesundheitsreform ein vernichtendes Zeugnis aus und hält sie insgesamt für misslungen und den geplanten Gesundheitsfonds für eine Missgeburt. All dies wird von den Politikern in Berlin geflissentlich übersehen und überhört.

Umso wichtiger ist es, nochmals klar und deutlich zu sagen, was für ein zerstörerisches Potenzial diese Reform in sich birgt. Sie setzt die Axt an die Wurzeln des heutigen Gesundheitssystems in Deutschland. Bedroht sind seine Grundsätze wie eine staatsferne Selbstverwaltung, die Pluralität und Vielfältigkeit der wettbewerblich ausgerichteten Strukturen, eine von öffentlicher Haushaltslage und politischem Kalkül weitgehend unabhängige Finanzierung und eine an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientierte medizinische Versorgung. Verstaatlichung, Vereinheitlichung und Zentralisierung heißen die Leitsterne der Gesundheitsreform 2006. Das ist ein Weg in die Sackgasse!

Vereinheitlichung statt Vielfalt

Bisher haben die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen und ihre Verbände in einem offenen Fin-

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsreform gefährdet die Grundsätze des Gesundheitswesens**
- **Palliativstationen an Krankenhäusern**
Versorgungsstrukturen werden ausgebaut
- **Pflegeversicherung**
Ambulante Pflegedienste sollen mehr ausbilden
Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen
- **Qualitätssicherung in der Psychotherapie**
Pilotprojekt der Ersatzkassen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

dungsprozess über die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten verhandelt. Dieser Vertragswettbewerb wird durch die Gesundheitsreform nicht ausgebaut, sondern abgeschafft. Die Bundesregierung will die Pluralität durch die Vereinheitlichung ersetzen und einen Einheitsverband der Krankenkassen mit einem Behördencharakter zu diesem Zweck gründen. Anstelle der Vertragsbeziehungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern sollen staatliche Verordnungen treten.

Ein neu einzurichtendes bürokratisches Monster wird fern der Realität Entscheidungen über drei Viertel aller medizinischen Leistungen treffen und Preise dafür festsetzen. Es findet dabei eine gewaltige Machtkonzentration innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung statt. Dabei wird eines der wichtigsten Verwaltungsprinzipien – die Subsidiarität – ausgeschaltet. Bevormundet durch den Dachverband werden

die Krankenkassen einen erheblichen Teil ihrer Gestaltungs- und Steuerungskompetenz verlieren.

Staatsdirigismus statt Selbstverwaltung

Die demokratisch gewählten Vertreter von Versicherten, Arbeitgebern und Leistungserbringern haben bislang das Gesundheitswesen in Selbstverwaltung gesteuert. Dabei werden die Interessenkonflikte transparent ausgetragen und für einen Interessenausgleich wird gesorgt. Die Bundesregierung will nunmehr der Selbstverwaltung ihre Kompetenzen entziehen. Künftig sollen hauptamtliche Funktionäre und nicht mehr die Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser etc.) im Gemeinsamen Bundesausschuss über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird dann zu einer staatlichen Regulierungsbehörde umfunktioniert.

Das Prinzip der Selbstverwaltung als dritter Weg zwischen Markt und Staat ist am besten geeignet, ein modernes und komplexes Gesundheitswesen mit entsprechenden Interessenkonflikten zu steuern. Das beweist die Erfahrung der letzten Jahrzehnte. Das macht auch der Vergleich mit den staatlich gelenkten Gesundheitssystemen deutlich. Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen spiegeln reale Interessen wider, die sich nicht durch staatliche Regulierung aufheben lassen. Der Versuch, durch technokratische Lösungen zu mehr Effizienz zu gelangen, ist zum Scheitern verurteilt.

Staatliche Geldzuweisungen statt Finanzhoheit der Krankenkassen

Die Verstaatlichung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist im Bereich der Finanzierung besonders offenkundig. Durch die staatliche Beitragsfestsetzung werden die einzelnen Krankenkassen ihre Finanzhoheit verlieren. Nicht von ihren Versicherten, sondern aus dem geplanten Gesundheitsfonds werden sie das nötige Geld zugeteilt bekommen. Die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden völlig überflüssig politisiert: Abhängig von politischen Mehrheiten im Bundestag und von der öffentlichen Haushaltslage wird über die finanzielle Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung entschieden. Die Erfahrung anderer Länder zeigt, dass eine starke staatliche Steuerung zu einer Unterfinanzierung des Gesundheitswesens führt.

Staatliche Reglementierung und Zuteilungsmedizin

Während bis jetzt die Akteure im deutschen Gesundheitswesen ihre Gestaltungsmöglichkeiten für eine an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientierte Versorgung eingesetzt haben, soll die medizinische Versorgung künftig staatsdirigistisch verwaltet werden. Die Beziehungen zwischen Patienten, Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenkassen werden vom Staat reglementiert. Die fatalen Folgen der staatlichen Festlegungen sind bereits jetzt erkennbar – Überregulierung, Bürokratie und Zuteilungsmedizin.

DER KOMMENTAR



Christian Bredl,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
in Bayern

Stoppt das Abenteuer!

Die SPD ist für die Privatisierung des Krankheitsrisikos und lässt die Kopfprämie zu, die schamhaft in den Sonderbeitrag umgetauft wird. Die CDU stimmt der Verstaatlichung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu und akzeptiert den Einheitskassenverband. Die CSU entscheidet sich für eine gewaltige Zentralisierung der Macht im Gesundheitswesen und opfert der Zentralisierung das bisher vorrangige Prinzip der Subsidiarität. Verkehrte Welten? Von nichten. Das ist die Gesundheitsreform 2006.

Es ist nicht lange her, als der Bundespräsident Horst Köhler in einem Sommerinterview mit dem ZDF die politischen Parteien tadelte: „Ich denke, die Politik ist noch zu sehr, wenn Sie wollen, in Parteipolitik verhaftet und zu wenig konzentriert auf die Sachprobleme“. Und weiter: „Die, die jetzt Regierungsverantwortung haben, die Große Koalition, die sollen sich auf die Sachprobleme konzentrieren und nicht schon wieder Ablenkungsmanöver machen,

Zeit gewinnen und Ressourcen in politischen Sandkastenspielen binden“. Die Kritik verhallte schnell und das kritisierte Phänomen findet bei der Gesundheitsreform seine Steigerung: Die politischen Parteien verzichten gar auf ihre traditionellen Prinzipien. Und alles nur um den Machterhaltes Willen.

Bei der Bundestagswahl 2005 haben die Wähler weder für das Kopfprämienmodell der CDU/CSU noch für die Bürgerversicherung der SPD ihr Votum abgegeben. Sie haben aber auch kein Votum für das derzeitige Reformvorhaben abgegeben, das die negativen Seiten von beiden Modellen auf der Basis des kleinsten gemeinsamen Nenners vereint.

Es ist noch nicht zu spät. Stoppt das Abenteuer „Gesundheitsreform“!

Verstaatlichung statt Selbstverwaltung, Vereinheitlichung statt Vielfalt und Pluralität, Zentralismus statt Subsidiarität und Vertragsfreiheit – mit solchen Arzneien wird der Patient deutsches Gesundheitswesen kaputt gepflegt. Die Bundesregierung kreiert ein zentralistisches System der Mangelverwaltung im Gesundheitswesen. Solch ein System kann niemand in Deutschland brauchen, nicht heute und nicht in Zukunft. Für politisch Verantwortliche ist es immer noch möglich, die Notbremse zu ziehen und das misslungene Reformgesetz aus dem Verkehr zu ziehen.

Neuanfang wagen!

Der Großen Koalition in Berlin, die die Gesundheitsreform befürwortet, steht eine andere Große Koalition entgegen: Drei Viertel der Bundesbürger lehnen diese Reform ab. Es wäre ein Zeichen der richtigen politischen Größe und der im Wahlkampf versprochenen Ehrlichkeit in der Politik, wenn die Bundesregierung einen Neuanfang bei der Gesundheitsreform wagen würde.

Palliativstationen an Krankenhäusern Versorgungsstrukturen werden ausgebaut

Traditionell findet die palliativmedizinische Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden in den Krankenhäusern statt, die über ein palliativmedizinisches Wissen von Ärzten, Therapeuten, Pflege- und Fachkräfte verfügen. Es stellte sich in den letzten Jahren die Notwendigkeit heraus, die Palliativstationen an Krankenhäusern zu etablieren, die als überregionale Kompetenzzentren verstanden werden. Sie sollen helfen, palliativmedizinisches Wissen und Hospizgedankengut sowohl in den stationären Einrichtungen als auch im ambulanten Bereich zu verbreiten und zu verankern.

Zentren des palliativmedizinischen Wissens

Die Palliativstationen sind in bestehende Krankenhäuser integriert und spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden. Hierfür halten sie ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt um ehrenamtliche Hospizhelfer vor. Ihr Ziel ist es, krankheits- und therapiebe-

dingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder entlassen werden können. Zudem sind die Palliativstationen ein Bestandteil eines Netzwerkes, das sektorübergreifend agieren soll.

Um die stationäre Versorgung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern und eine bedarfsgerechte Versorgung sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum zu erreichen, verabschiedete der Krankenhausplanungsausschuss in seiner Sitzung am 29. Mai 2006 das Fachprogramm für Palliativstationen. Derzeit werden in Bayern an 23 Kliniken Palliativstationen mit insgesamt 209 Betten vorgehalten. Gegenüber dem Jahr 2001 hat sich die Bettenzahl verdreifacht. Laut dem Fachprogramm soll die Bettendichte von 35 Palliativbetten pro eine Million Einwohner schrittweise erreicht werden. Das bedeutet eine Verdoppelung der Palliativbetten in Bayern auf ca. 420 Betten.

Qualitätskriterien für Palliativstationen

Es ist vorgesehen, die Palliativstationen vorrangig an Krankenhäusern der Versorgungsstufe II und III mit onkologischen Abteilungen zu etablieren. Es wurden die Qualitätskriterien für die Palliativstationen entwickelt, die ein Bestandteil des Fachprogramms sind. Diese Qualitätskriterien umfassen die Strukturqualität im baulichen und personellen Bereich, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität.

Kliniken, die die Errichtung einer Palliativstation beantragen, werden in den Krankenhausplan aufgenommen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen und eine Aufnahme unter Berücksichtigung der vorhandenen regionalen Strukturen geboten erscheint. Die Größe der Palliativstationen soll in der Regel zwischen 6 und 12 Betten liegen.



Pflegeversicherung

Ambulante Pflegedienste sollen mehr ausbilden

Die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegeberufe ist derzeit relativ entspannt. Durch den Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich werden zahlreiche Krankenpfleger freigesetzt und finden eine neue Beschäftigung im Bereich Altenpflege. Auch die Absolventen der Krankenpflegeausbildung wandern zum Teil in die Altenpflege ab. Dieser Wechsel wird dadurch erleichtert, weil die examinierten Krankenpflegekräfte grundsätzlich auch im Altenpflegebereich als Fachkräfte anerkannt werden.

Schätzungsweise wird dieser Trend noch einige Jahre anhalten, doch mittelfristig wird sich die Situation insofern verschlechtern, als die Zuwanderung aus dem Krankenhausbereich ausbleiben wird. Dies erhöht die Bedeutung der beruflichen Ausbildung zum Altenpfleger. Die rechtliche Grundlage dafür bietet das vor wenigen Jahren verabschiedete Gesetz über die Berufe in der Altenpflege, das alle bis dahin gültigen Ländergesetze ablöst.

Ziel des Gesetzgebers war es unter anderem, die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte zu steigern. Die Ausbildungszeit wurde auf drei Jahre erhöht.

Die Umsetzung des neuen Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege verläuft aber schwierig. Ursächlich dafür sind zum Teil manche seiner Formulierungen, aber vorwiegend die Tatsache, dass die Pflegeeinrichtungen die notwendige Anzahl an Ausbildungsplätzen nicht zur Verfügung stellen. Besonders schwer tun sich die ambulanten Pflegedienste dabei.

Refinanzierung der Kosten als Problem

Was hindert aber die ambulanten Pflegeeinrichtungen daran, Pflegekräfte in notwendiger Anzahl auszubilden? Wie so oft im Leben liegt die Ursache bei der Finanzierung der Ausbildung. Laut Gesetz sind die Pflegekassen verpflichtet, diese Kosten zu übernehmen. Was das Gesetz allerdings nicht regelt, ist die Art der Refinanzierung dieser Kosten. Und genau hier liegt die Krux.

An dieser Stelle soll die Bezahlung der ambulanten Pflegedienste durch die Pflegekassen kurz erläutert werden. Die Vergütung erfolgt wie bei niedergelassenen Vertragsärzten mit einem so genannten Punktwert. Dies bedeutet, dass jede Leistung mit einer Punktzahl bewertet wird. Die Punktzahl multipliziert mit dem vertraglich vereinbarten Punktwert ergibt die Vergütung, die der Pflegedienst mit den Pflegekassen abrechnen kann. Auch die Ausbildungsvergütung kann nach diesem Punktwertssystem abgerechnet werden.

Für einen Pflegebedürftigen, der je nach Pflegestufe aus der Pflegeversicherung einen Geldbetrag zur Verfügung hat, um die notwendigen Leistungen bei einem ambu-

lantem Pflegedienst einzukaufen, ist es nachteilig, wenn der in Anspruch genommene ambulante Pflegedienst Pflegekräfte ausbildet. Denn mit einem Teil dieses Geldbetrages wird eben diese Ausbildung bezahlt. Folglich sinkt die Bereitschaft der Pflegebedürftigen, sich von einem ausbildenden Pflegedienst versorgen zu lassen. Für den ausbildenden Pflegedienst ergibt sich dadurch ein klarer Wettbewerbsnachteil gegenüber einem nicht ausbildenden Pflegedienst, weil er schlicht teurer ist.

Wie beseitigt man den Wettbewerbsnachteil?

Um diesen Wettbewerbsnachteil zu beseitigen, könnte theoretisch ein allgemeines Umlageverfahren eingeführt werden, indem alle Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung der Ausbildung der Altenpflegekräfte herangezogen werden. Die praktische Umsetzung dieser Idee ist dennoch nicht reibungslos. In den Bundesländern, in denen dieses Verfahren praktiziert wird, wurden die Sozialgerichte angerufen. Das letzte Wort der Sozialrichter bezüglich der Zulässigkeit des Umlageverfahrens ist noch nicht gesprochen.

Eine weitere Möglichkeit zur Refinanzierung der Ausbildungskosten wäre es, die Ausbildung der Altenpflegekräfte als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen und entsprechend zu finanzieren. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum der einzelne Pflegebedürftige oder ein Pflegedienst, der sich seiner Verantwortung gestellt hat, allein finanziell belastet wird. Im Zuge einer Reform der Pflegeversicherung ist die Politik aufgefordert, auch hierüber zu entscheiden, um die negativen Auswirkungen fehlender Fachkräfte zu verhindern.

Selbständige Einsätze der Auszubildenden

Da eine Gesetzesänderung noch nicht in Sicht ist, kommt eine zweite Refinanzierungsvariante in Betracht. Beim Fortschreiten der Ausbildung kann ein Auszubildender bestimmte Pflegemaßnahmen sicher beherrschen und selbständig erbringen, ohne dass dabei eine Fachkraft notwendigerweise anwesend ist. Die Kosten dieser pflegerischen Leistungen können leicht berechnet werden, weil sich die tatsächliche Arbeitszeit eines Auszubildenden in einem ambulanten Pflegedienst nach Abzug der Schul-, Praktikumszeiten u.ä. ziemlich genau bestimmen und ein Stundensatz durch die Teilung der Ausbildungsvergütung durch die Arbeitsstundenzahl berechnen lässt. Diese Kosten sind niedriger als die einer Fachkraft.

Bei solchen selbständigen Einsätzen der Auszubildenden ist wichtig, dass eine Fachkraft während der Pflegetour immer in der Nähe ist und jederzeit zur Hilfe kommen kann. Für den Pflegebedürftigen ist solcher Einsatz vom Vorteil, da er nicht die Kosten für zwei Kräfte bezahlen muss.

Die Pflegekassenverbände in Bayern praktizieren dieses Verfahren erfolgreich mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Landesgeschäftsstelle Bayern. Die übrigen Verbände der Leistungserbringer lehnen dieses Verfahren aber mit dem Argument ab, es handle sich dabei nicht um eine Ausbildung, sondern um eine Einarbeitung. Diese Kritik nehmen die Pflegekassenverbände in Bayern ernst. Daher wurde ein Konzept mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste vereinbart, das einen missbräuchlichen Einsatz der Auszubildenden, soweit es in der Hand der Vertragspartner liegt, ausschließen soll.

Für die Ersatzkassenverbände ist kein stichhaltiger Grund erkennbar, warum nicht auf dieser Basis eine Refinanzierung der Ausbildungsvergütung erfolgen sollte. Dieses Verfahren sichert dem auszubildenden Pflegedienst seinen eigenen Nachwuchs. So werden z. B. die Kosten für die Suche, Einstellung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter gespart. Auch die Fehlbesetzungen können vermieden werden.

Appell an soziale Verantwortung

Der Appell der Pflegekassenverbände an die soziale Verantwortung der ambulanten Pflegedienste blieb bisher ungehört. Die Vorschläge zur Kooperation von Diensten, um das Problem der Betriebsgröße zu umgehen, wurden nicht aufgegriffen. Alles in allem ist deshalb festzustellen, dass der Handlungsdruck bei den Pflegediensten offenbar noch nicht groß genug ist.

Die Ersatzkassen wollen dennoch hoffen, dass die Leistungserbringer und ihre Verbände in Bayern weit-sichtig genug sind, um die Probleme der Zukunft zu erkennen. Wer nicht bereit ist, sich seiner Verantwortung zu stellen und Ausbildungsplätze zu schaffen, kann sich auch nicht über den Mangel an Pflegekräften beklagen. Das Ausbildungsjahr 2007/08 wird erst zeigen, ob die Ausbildungsbereitschaft der ambulanten Pflegedienste tatsächlich gestiegen ist.

FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN IN PFLEGEHEIMEN

Bei den Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung häufig fest, dass freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung kommen, obwohl der Betroffene keine Einwilligung erteilt hat oder auch keine richterliche Genehmigung vorliegt. Durch den Missbrauch der freiheitsentziehenden Maßnahmen wird nicht nur die Menschenwürde verletzt, es entstehen körperliche Schäden, die in manchen Fällen auch zum Tode führen. Nach Angaben des Münchner Instituts für Rechtsmedizin sind allein in Südbayern sechs Menschen im Zusammenhang mit Fixierungsmaßnahmen eines gewaltsamen Todes im Zeitraum Januar 2005 bis Januar 2006 verstorben. Für die zurückliegenden zehn Jahre untersucht das Institut weitere 32 Fälle, in denen die Todesursache noch nicht abschließend geklärt ist.

Fragt man die Pflegekräfte nach dem Grund, warum Heimbewohner mechanisch fixiert werden, wird an der ersten Stelle die Arbeitsbelastung angegeben. Um Zeit und Arbeit zu sparen, greift man zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen, um den Heimbewohner schlicht und einfach ruhig zu stellen. Vom Standpunkt der Ethik und Moral ist solch eine Berufsauffassung verantwortungslos und im Pflegebereich absolut deplatziert. Vom rechtlichen Standpunkt ist der Missbrauch von Fixierungsmaßnahmen eindeutig eine Straftat, sei es Freiheitsberaubung oder Körperverletzung.

Da freiheitsentziehende Maßnahmen elementare Grundrechte der Heimbewohner berühren, sollten solche Maßnahmen nach Möglichkeit vermieden werden und dürfen auf keinen Fall als „Abhilfe“ wegen der Arbeitsbelastung missbraucht werden. Es ist unbestritten, dass diese Maßnahmen auch notwendig sein können, aber nur in klar definierten Fällen, um z. B. Eigen- oder Fremdgefährdung zu verhindern.

Meistens sehen die Heimbetreiber nur eine Alternative zu freiheitsentziehenden Maßnahmen – mehr Personal und damit mehr Geld aus den Pflegekassen. Das kann aber nicht der richtige Weg sein. Zahlreiche Alten- und Pflegeheime kommen ohne Anwendung der Fixierungsmaßnahmen gut aus, obwohl in einigen Fällen ihre Anwendung durchaus angebracht worden wäre. Wie die Qualitätssicherungskontrollen zeigen, sind die Arbeitsbelastungsprobleme in den Heimen oft hausgemacht. Da wird auch mehr Personal nicht helfen, diese Probleme zu beheben. Die Einrichtungsträger sind gefordert, durch die Optimierung der Arbeitsabläufe und das bessere Zeitmanagement dafür zu sorgen, dass der Freiheitsentzug bei den Bewohnern Ausnahmefall bleibt.

Neben der verantwortungsvollen Entscheidung über den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist auch ihre professionelle Umsetzung von großer Bedeutung. Das Pflegepersonal muss gut geschult sein, um z. B. fehlerhafte Fixierungen und das dadurch verursachte Leiden für die betroffenen Menschen zu vermeiden.

Um den Heimbetreibern und Pflegekräften eine gewisse Orientierung zu geben, haben die Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern, die Landeshauptstadt München und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern bereits im Jahr 2001 gemeinsam die Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen verabschiedet. Im Dezember 2005 wurden sie aktualisiert. Die Empfehlungen schildern nicht nur die Regel- und Ausnahmefälle für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, sondern listen detailliert die Alternativen dazu auf.

Um den Missbrauch von freiheitsentziehenden Maßnahmen und die tragischen Todesfälle der letzten Jahre zukünftig zu verhindern, soll die notwendige Transparenz bei der Anwendung dieser Maßnahmen erhöht werden. Die Pflegenden und Heimbetreiber sind aufgefordert, offene Gespräche über die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen mit allen Beteiligten (Betroffene, ihre Angehörige, rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte, Ärzte, Pflegekräfte) zu führen.

Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Pilotprojekt der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

von Rudi Bittner, zweiter stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



Rudi Bittner, zweiter stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Versicherten der Ersatzkassen können ab Frühjahr nächsten Jahres von einem innovativen Qualitätssicherungsprogramm für ambulante psychotherapeutische Leistungen profitieren. Bis zu 200 bayerische Vertragsärzte und -psychotherapeuten werden in einer auf zwei

Jahre angelegten Pilotstudie gemeinsam mit ihren Patienten ein von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gemeinsam mit Experten entwickeltes Instrument zur Dokumentation und Auswertung

psychotherapeutischer Behandlungen erproben. Mit diesem Pilotprojekt wollen sich die bayerischen Psychotherapeuten fit für die Herausforderungen der Zukunft machen. Denn die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass Depression bis zum Jahr 2020 die zweit häufigste Erkrankung sein wird. Eine hohe, gesicherte Qualität psychotherapeutischer Behandlung ist gerade vor diesem Hintergrund besonders wichtig.

Elektronische Erfassung des Therapieverlaufs

Im Rahmen der Pilotstudie dokumentieren Therapeut und Patient elektronisch den Therapieverlauf und erhalten kontinuierlich Rückmeldungen über den Therapiefortschritt. Standardisierte Fragebögen erfassen Symptomveränderungen, Lebensqualität und Aspekte der Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patient. Dabei ermöglicht

Neu: Dokumentation von Therapeut und Patient



1. Patient dokumentiert am Handheld-PC



4. KVB löst Vergütung für den Therapeuten aufgrund valider Dokumentation aus



3. Die Daten werden am PC des Therapeuten zusammengeführt ..



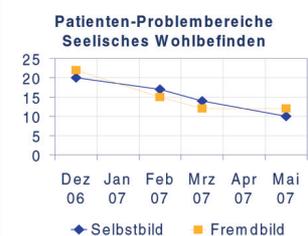
.. und über das KVB-Safenet an die Datenstelle geschickt



2. Therapeut dokumentiert am Praxis-PC

5. Datensammelstelle erstellt Auswertungen für die Therapeuten und zur Versorgungsforschung

Patient: Vorname Name
Alter: 28
Diagnose: Verdacht auf F32.0
Depressive Episode



die elektronische Dokumentation eine sofortige und automatisierte Datenauswertung. Über die Auswertung der standardisierten Fragebögen durch eine unabhängige Datenstelle wird festgestellt, wie sich die Symptome im Verlauf der Behandlung verändern und welche Erfolge die Therapie zeigt.

Die Therapeuten können außerdem über anonymisierte Quartalsberichte einer unabhängigen Datenstelle die Entwicklung ihrer Patienten im Vergleich zu Patienten anderer Therapeuten mitverfolgen. Auch die Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf der eigenen Patienten kann mit der von Patienten anderer Kollegen verglichen werden.

Erster Schritt

Die Vertragspartner sind überzeugt, dass mit diesem Pilotprojekt die Qualität ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen noch besser als bisher dokumentiert werden kann. Sollte sich der Ansatz in der Praxis bewähren, wird er allen Vertragsärzten und -psychotherapeuten in Bayern angeboten werden. Zunächst aber ist den Ersatzkassen zu danken, dass sie sich entschlossen haben, gemeinsam mit den Psychotherapeuten einen ersten Schritt zu wagen und die Pilotstudie für ihre Versicherten zu ermöglichen. Es bleibt nunmehr zu hoffen, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten die Chance nutzen und sich an dem neuen Projekt beteiligen.

Führungswechsel bei der DAK in Bayern

Der Landesgeschäftsführer der DAK in Bayern, Winfried Geisenberger, ist in den Ruhestand verabschiedet worden. Die letzten 11 Jahre seiner 41-jährigen beruflichen Tätigkeit bei der DAK war Winfried Geisenberger stellvertretender Vorsitzender des Landesausschusses Bayern, des wichtigsten Entscheidungsgremiums des Verbandes auf Landesebene. In dieser Funktion war er stets um Interessenausgleich und Kompromissfindung bemüht – eine außerordentlich wichtige Eigenschaft sowohl im inneren Verhältnis der Ersatzkassenverbände als auch für die Beziehungen zu den Leistungserbringern nach außen. Ein durch diese Maxime geprägter Führungsstil machte es letztendlich möglich, die Gemeinschaft der Ersatzkassen in Bayern weiter zu festigen.

Der Gesamtvorstand des Verbandes verlieh Winfried Geisenberger eine VdAK-Verdienstmedaille in Silber. Diese verdiente Auszeichnung sollte, so Dr. Werner Gerdemann, Mitglied des VdAK-Vorstandes, bei der Verleihung, das berufliche Lebenswerk von Winfried Geisenberger krönen. Er wünschte Winfried Geisenberger im Namen des Gesamtvorstandes für den nun anbrechenden ruhigeren Lebensabschnitt gute Gesundheit, Glück und Wohlergehen.

Der neue Landesgeschäftsführer der DAK in Bayern ist Wilfried Erbe. Auch er blickt auf eine lange,



V.l.n.r.: Christian Bredl, Winfried Geisenberger und Wilfried Erbe.

über 38-jährige Tätigkeit in der DAK. Nach mehreren Stationen in verschiedenen Bundesländern übernahm Wilfried Erbe im Juni 1999 die Führung der Landesgeschäftsstelle Nordbayern mit Sitz in Nürnberg. In den zurückliegenden sieben Jahren hat er tatkräftig an der Organisation der medizinischen Versorgung im Freistaat Bayern mitgewirkt. Wilfried Erbe folgt Winfried Geisenberger auch als stellvertretender Vorsitzende des Landesausschusses Bayern.

Der Leiter der Landesvertretung Bayern der Ersatzkassenverbände, Christian Bredl, beglückwünschte Wilfried Erbe zu seinen neuen Aufgaben und wünschte ihm eine glückliche Hand und viel Erfolg für die Zukunft.

LESENSWERT



Mensch bleiben

High Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie von Dietrich Grönemeyer. 8. neu bearb. u. erw. Auflage 2005, 224 S., Abb., geb., € 19,90, ISBN 3-451-28730-7.

Verlag Herder, Freiburg.

Dies Buch ist ein leidenschaftliches Plädoyer gegen Funktionsmedizin und Zweiklassenmedizin. Innovation, Wettbewerb, unternehmerische Fantasie verbinden – zum Nutzen der Lebensqualität von Menschen. Der Arzt als mitfühlender Partner des Patienten – darum geht es. Die Zukunft der Medizin liegt zwischen High-tech und Naturheilkunde. Im Mittelpunkt des medizinischen Handelns müssen wieder die Patienten und nicht Formulare oder Verwaltung stehen. Entscheidend für den Therapieerfolg ist das gegenseitige Vertrauen von Arzt und Patient, die menschliche Beziehung zwischen ihnen. Nicht der Blick durch die Kostenbrille darf dominant sein, sondern die Schaffung und Erhaltung von Lebensqualität. Die Neuauflage wurde ergänzt um einen persönlichen Ratgeberteil und Bilder.



Pflegegeschichten

Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen. Hrsg.: K. Gröning, A.-C. Kunstmann, E. Rensing und B. Röwekamp. 2004, 300 S., € 22,90, ISBN 3-935964-80-3. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

ISBN 3-935964-80-3. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Rund 40 pflegende Angehörige schreiben in diesem Buch darüber, was es für sie und ihre Familien bedeutet, die Pflege und Fürsorge eines hilfebedürftigen Familienmitglieds zu übernehmen. Sie berichten, wie es ihnen gelingt, die Pflege in ihr Leben zu integrieren, welche positiven Erfahrungen sie gemacht, welche Erkenntnisse sie gewonnen und was sie gelernt haben. Sie beschreiben die Familienkulturen und die Alltagskünste, die sie entwickelt haben, um der Pflegeverantwortung gerecht zu werden. Andere betonen das Belastende der Pflege, die kaum noch zu ertragen ist, an der sie (fast) verzweifeln, die Ängste, Versagens- und Schuldgefühle auslöst. Und die Berichte machen deutlich, dass die Konfrontation mit Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit, mit Schmerzen, Krankheit und Tod potenziell traumatisch ist.



**Wir wünschen
unseren Lesern
ein frohes
Weihnachtsfest
und ein gutes
neues Jahr!**

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
Arnulfstr. 201a · 80634 München

E-Mail: LV-Bayern@VdAK-AEV.de
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 – 55 25 51-14
Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl