

report hessen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2006

ersatzkassen

Gesundheitsreform 2006:

Verschiebung bietet Chance zur Neuverhandlung

- **Koalition droht Verfehlung aller selbst gesteckten Ziele**
- **Steigende „kleine“ Kopfprämie**
- **Systemwechsel hin zur Einheitsversicherung und Verstaatlichung**

Ungeachtet der Kritik von allen Seiten wurden die Anfang Juli vorgelegten Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom Kabinett verabschiedet. Die unveränderte Umsetzung dieser Eckpunkte gilt derzeit als unumstößliche Regierungspolitik.

Im Mittelpunkt der Eckpunkte steht der sogenannte Gesundheitsfonds, der lt. Aussagen der Großen Koalition für mehr Transparenz und Wettbewerb sorgen soll. Erfunden wurde der Gesundheitsfonds ausschließlich zur Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) an einem gemeinsamen Beitragstopf. Eine derartige Einbeziehung der PKV wurde aber bereits vor der Kabinettsrunde „vom Tisch gefegt“. Damit gibt es eigentlich auch keinen Grund mehr, am Fondsgedanken festzuhalten. Was bleibt, ist der Kompromiss um seiner selbst willen.

Über den Gesundheitsfonds soll jede Kasse für jeden ihrer Versicherten einen einheitlichen Betrag erhalten. Für morbide Versicherte erhält die Kasse ggf. einen risikoadjustierten Zuschlag. Wie dieser zu kalkulieren ist, hat bislang noch niemand offenbart.

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsreform 2006**
Verschiebung bietet Chance zur Neuverhandlung
- **Mammographie-Screening geht in die Fläche**
Qualität ist Programm
- **Neuer Impfvertrag für Hessen abgeschlossen**
Vergütungsanhebung um rd. 15 % – Vertragsdauer mindestens bis 2008
- **Glaskörper- und Netzhautchirurgie**
- **Früh- und Neugeborenenversorgung**
Verbesserung der Versorgungsqualität

Mit dem einheitlichen Betrag, der künftig von Staats wegen festgelegt werden soll, muss die Kasse die Finanzierung ihrer Ausgaben sicherstellen. Sind die vom „Gesundheitsfonds“ zugewiesenen Mittel sowie Einsparungen zur Deckung der Ausgaben nicht (mehr) ausreichend, muss die Kasse ihren Mehrbedarf durch eine sog. „kleine“ Kopfprämie ausgleichen. Diese „Kleine“ müssen die Versicherten alleine, d. h. ohne Arbeitgeberbeteiligung, aufbringen. Es ist davon auszugehen,

dass der Versicherte zunächst mit einem monatlichen Zusatzbeitrag = „kleine“ Kopfprämie, in Höhe von 20 - 40 Euro mtl. belastet werden wird. Bereits zwischen 20 und 25 Euro wären nahezu alle Ersatzkassenversicherte wegen Überschreitens der 1 %igen Überforderungsklausel betroffen.

Die große Koalition war im Herbst 2005 mit folgenden, im Koalitionsvertrag festgelegten und nachlesbaren Zielen im Bezug auf die Gesundheitspolitik angetreten:

1. Die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung sollten mittel- und langfristig stabilisiert werden
2. Die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollten mittel- und langfristig stabilisiert, möglichst gesenkt werden
3. Die Bürokratie sollte abgebaut werden

Indes stellt sich die Frage, was ist in den Eckpunkten von diesen Zielen übrig geblieben?

1. Von einer Stabilisierung der Finanzen kann keine Rede sein. Den Gesetzlichen Krankenkassen wurde durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 – der erst im Jahre 2004 eingeführte Steuerzuschuss für familienpolitische Leistungen wie z.B. das Mutterschaftsgeld, deutlich reduziert, bevor er dann ab 2008 gänzlich wegfällt! Das bedeutet Einnahmeverluste von jährlich 4,2 Mrd. Euro! (Anmerkung: Um diesen Steuerzuschuss leisten zu können, wurde die Tabaksteuer in den Vorjahren mehrfach deutlich angehoben) Für die kostenfreie Kinderversicherung soll ein neuer Steuerzuschuss in Höhe von 1,5 Mrd. Euro (2008) und 3 Mrd. Euro (2009) eingeführt werden; dieser bleibt jedoch deutlich unter dem heutigen Stand von 4,2 Mrd. Euro.
2. Eine Beitragssatzstabilität wird es nicht geben. Durch die Beschlüsse der Bundesregierung (siehe 1) und z.B. der bevorstehenden Mehrwertsteuererhöhung, die zusätzlich mit rd. 900 Mio. Euro zu Buche schlägt, ist den Bürgern eine ca. 0,5 %ige Beitragserhöhung in Aussicht gestellt worden. Ob diese Erhöhung ausreicht, ist mehr als fraglich.

DER KOMMENTAR

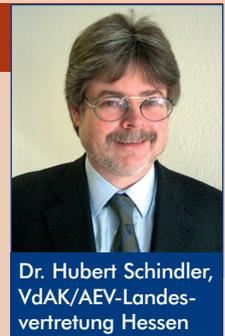
Gesundheitsfonds – Weg in die Staatsmedizin

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird immer wieder als eines der besten der Welt apostrophiert. So auch in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform. Allerdings läuft in der Gesundheitsversorgung nicht alles optimiert zusammen – so auch bei der Gesundheitsreform.

In dem zusammen wachsenden europäischen Wirtschaftsraum werden – im Unterschied zu Deutschland – Versorgungskapazitäten und Kosten für Gesundheitsleistungen, vorrangig staatlich gelenkt, auf das Maß des Notwendigen begrenzt. Wie gerne aber kommen Urlauber, wenn sie im Ausland erkranken, zur medizinischen Behandlung nach Deutschland zurück! Damit könnte, je nach „Kompromiss-Mißgeburt???“ der Gesundheitsreform bald Schluss sein und dies haben inzwischen sowohl die politische Elite als auch die übrigen Bundesbürger weitgehend gemerkt. Entweder wir passen uns an das Versorgungsniveau unserer Nachbarn an, das will aber niemand. Oder wir wenden weiterhin erheblich mehr finanzielle Mittel auf, ohne dass die Volksgesundheit bei uns vergleichsweise besser wäre! Oder wir suchen ein Zusammenspiel zwischen staatlich durchfinanzierten familienpolitischen Leistungen und medizinischen Leistungen für Beitragszahler, die sich ihre Krankenkasse in einem sich entwickelnden Leistungswettbewerb auswählen und machen uns damit auf den Weg in die Zukunft. Die Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland stehen für Letzteres bereit, derzeit aber eher alleine?

Selten waren das Gesundheitssystem in Deutschland so lange und intensiv in den Schlagzeilen der Medien. Merkwürdigkeiten gibt es da mehr als genug wie z.B. das Bedienen von falschen Klischees. Da werden die Krankenkassen zunächst beschimpft, dass sie vorrangig ihre Schulden abbauen, statt ihre Beiträge zu senken. Dann werden sie beschimpft, wenn sie etwa ihre Schulden noch nicht abgebaut haben. Soweit dies dann noch auf morbiditätsbedingt höheren Ausgaben beruht, die nur zum Teil über den Risikostrukturausgleich (RSA) ausgeglichen werden, wird dies den Krankenkassen sogar noch als Unvermögen unterstellt. Angesichts des häufig komplexen Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung und dem dazu gehörenden meist interdisziplinären Behandlungsbedarf, ist der Wunsch nach dem „großen Wurf mit der einfachen Lösung“ einer Gesundheitsreform zwar vorhanden, aus systematischen Gründen aber eher unerfüllbar. Vielleicht ist es im Gegensatz dazu hilfreich und heilsam, Schritt für Schritt die Bewältigung der bestehenden Probleme anzugehen, sowie die durch die demografische Entwicklung bedingten zu lösen.

Dies bedürfte aber des gemeinsamen Willens, alle Erfahrungsträger in die gemeinsame Zukunftsaufgabe einzubinden.



Dr. Hubert Schindler,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hessen

3. Allein die Erhebung zur Feststellung der Haushaltseinkommen zur Ermittlung der maximalen Belastung ist nur mit einem enormen Bürokratieaufwand möglich. In diesem Zusammenhang von Bürokratieabbau zu sprechen ist eine Farce!

Wettbewerb

Es sollte mehr Wettbewerb um Qualität und Effizienz eingeführt werden.

Sollte es zu einer Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 kommen, wird ein ruinöser Wettbewerb um Gesunde einsetzen. Bei den angedachten Veränderungen wird es keinen Wettbewerb um Qualität und Effizienz geben.

Systemwechsel

Unter dem Deckmantel einer sog. Finanzreform soll ein getarnter Systemwechsel stattfinden. Der ein-

heitliche, vom Gesetzgeber bestimmte Beitragssatz, die Einrichtung eines gemeinsamen Dachverbandes der Krankenkassen auf Bundesebene und die sog. Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses hin zu einer zentralen Regulierungsbehörde, auf die der Staat massiven Einfluss nehmen wird, zeichnen den Weg in die Einheitsversicherung vor. Wenn dies nicht so wäre, würde nicht einfach ein unnötiger Dachverband in die Welt gesetzt. Dies wird verbunden sein mit deutlichen Verschlechterungen für die Versicherten und massiven Zusatzbelastungen durch eine immer stärker steigende „kleine“ Kopfprämie. Bei all' diesen Aussichten kann es kein Trost sein, dass der vom Gesetzgeber zu bestimmende Beitragssatz nach 2007 bis zum Jahr 2012 festgeschrieben werden soll – denn sämtliche Mehrkosten, die z. B. durch den medizinischen Fortschritt und die weiter steigende Veralterung unserer Gesellschaft entstehen, belasten ausschließlich die Versicherten.

Mammographie-Screening geht in die Fläche

➤ Qualität ist Programm

Das Modellprojekt in Wiesbaden hat es gezeigt: Ein qualitätsgesichertes Screening auf dem gleichen Qualitätsniveau unserer europäischen Nachbarländer ist auch in Deutschland möglich. Neben den Projekten im Weser-Ems-Gebiet und in Bremen war die sogenannte „Screening-Einheit“ (SE) in Wiesbaden mit ihrer hervorragenden Arbeit ausschlaggebend dafür, dass das Mammographie-Screening nunmehr eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung geworden ist.

Dies ist ein wichtiger Fortschritt, denn Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr.

Wie muss man sich nun eine „Screening-Einheit“ vorstellen? Sie ist am ehesten vergleichbar mit einer Röntgen-Arztpraxis, mit Anmeldung, Warte- und Umkleideraum, speziell geschultem Fachpersonal und Ärzten – allerdings mit dem Unterschied: Es werden ausschließlich Screening-Mammographien erstellt.

Neben der „Screening-Einheit“ in Wiesbaden (SE 3) haben bereits weitere „Screening-Einheiten“ ihre Tätigkeit aufgenommen oder werden in Kürze, spätestens Anfang 2007 ans Netz gehen.

Die Einladungen der Frauen erfolgt nicht durch die „Screening-Einheit“ sondern zentralisiert durch eine „Zentrale Stelle“. Diese ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angesiedelt und lädt nach und nach alle Frauen

QUALITÄT IST PROGRAMM

Das Mammographie-Screening in Deutschland entspricht den aktuellen EU-Leitlinien.

Zu den Qualitätsanforderungen gehören unter anderem, dass

- jede Röntgenaufnahme der Brust (Mammographie) unabhängig von zwei besonders geschulten Ärzten beurteilt wird,
- jeder Arzt routinemäßig die Mammographien von mindestens 5.000 Frauen im Jahr beurteilt,
- im Falle einer Verdachtsdiagnose die erforderliche Abklärung innerhalb des Früherkennungsprogramms stattfindet; die Ergebnisse werden von allen beteiligten Ärzten gemeinsam ausgewertet und das weitere Vorgehen besprochen,
- nur besonders qualifizierte Einrichtungen an diesem Programm teilnehmen dürfen.

der Zielgruppe im Alter von 50 bis 69 Jahren in Hessen schriftlich zum Screening ein. Basis für die Einladungen stellen die Meldedaten der Einwohnermeldeämter dar.

Die Frauen erhalten einen Terminvorschlag für die nächst gelegene „Screening-Einheit“ Damit ist ein reibungsloser Ablauf auch für die SE sicher gestellt. Das gesamte Termin-Management erfolgt über die Zentrale Stelle; nur die Zentrale Stelle kann gespeicherte Daten aus dem Verteiler löschen.

Die Einladungen für die jeweiligen Regionen werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten versandt (siehe Tabelle). Interessierte Frauen, die in der jeweiligen Screening-Region wohnen und zum angegebenen Zeitpunkt noch keine Einladung bekommen haben, können sich an die Zentrale Stelle unter der Telefonnummer 0180- 36 26 666 wenden und sich einen Termin zum Screening geben lassen.

Umfangreiche Informationen zum Mammographie-Screening gibt es unter www.ein-teil-von-mir.de.

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| SE 1 Landkreis Bergstraße Odenwaldkreis Landkreis Darmstadt-Dieburg Landkreis Groß-Gerau | seit 18.4.2006 wird zum Screening eingeladen | SE 4 Landkreis Offenbach Offenbach Stadt Main-Kinzig-Kreis Wetteraukreis | voraussichtlich ab Dezember 2006 wird zum Screening eingeladen |
| SE 2 Frankfurt Stadt Main-Taunus-Kreis | voraussichtlich ab Dezember 2006 wird zum Screening eingeladen | SE 5 Lahn-Dill-Kreis Landkreis Gießen Landkreis Marburg-Biedenkopf Vogelsbergkreis Landkreis Fulda | seit 8.5.2006 wird zum Screening eingeladen |
| SE 3 Wiesbaden Stadt Rheingau-Taunus-Kreis Hochtaunuskreis Landkreis Limburg-Weilburg | seit 6.3.2006 wird zum Screening eingeladen | SE 6 Landkreis Waldeck-Frankenberg Schwalm-Eder-Kreis Landkreis Hersfeld-Rotenburg Werra-Meißner-Kreis Kassel Stadt Landkreis Kassel | voraussichtlicher Start zum 01.01.2007 |

Neuer Impfvertrag für Hessen abgeschlossen

Vergütungsanhebung um rd. 15 % –

Vertragsdauer mindestens bis Ende 2008

Die Verbände der Krankenkassen in Hessen haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) einen neuen Vertrag über die Honorierung der Impfleistungen abgeschlossen. Vorausgegangen war die Kündigung des bisher gültigen Vertrages durch die KVH – und das, obwohl die Vergütungen in Hessen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen. Der Ärzteschaft ging es insbesondere um eine höhere Vergütung bei den Einmalimpfungen.

Um einen vertragslosen Zustand mit entsprechend negativen Folgen für die Versicherten abzuwenden, wurde schließlich folgender Kompromiss gefunden:

- Anhebung der Vergütungen von 6,50 € auf 8,50 € für
 - Einfach-Impfungen Grippe,
 - Früh-Sommer-Meningitis-Enzephalitis (FSME)

und

- Pneumokokken
- die übrigen Impfleistungen behalten unverändert ihre Vergütungshöhe
- der Vertrag läuft mindestens bis Ende 2008

Insgesamt stellen die Krankenkassen in Hessen damit jährlich rund 2,6 Mio. € zusätzlich zur Verfügung. Bei einem bisherigen Ausgabenvolumen von ca. 17 Mio. € bedeutet dies eine Anhebung von rund 15 % über alle Impfungen. Bleibt zu hoffen, dass anders als bei der letzten Erhöhung der Impfhonorare, diesmal mit der neuen Vereinbarung das Impfen aktiver von den Vertragsärzten betrieben wird und damit das Ziel einer spürbar gesteigerten Durchimpfung in Hessen nunmehr erreicht wird. Geld genug stellen die Kassen hierfür bereit.

Erster I.V.-Vertrag zur Glaskörper- und Netzhautchirurgie in Hessen abgeschlossen

Die Verbände der Ersatzkassen haben mit den Artemis Medizinische Versorgungszentren mit Sitz jeweils in Wiesbaden, Frankfurt und Dillenburg ein innovatives Versorgungsangebot in der Augen Chirurgie entwickelt.

Erstmals werden in Hessen – bislang ausschließlich stationär erbrachte – augenchirurgische Operationen den Versicherten auch ambulant angeboten. Dies sind:

- Pars Plana-Vitrektomie (PPV), d.h. die operative Entfernung des Glaskörpers mit nachfolgendem Ersatz durch Ringer-Lösung, Gas oder Siliconöl sowie
- Eingriffe bei Netzhautablösungen, d.h. beispielsweise die Fixation der Netzhaut durch Polambe und/oder Cerclage (Augapfelumschnürung)

Möglich macht dies ein neuer Vertrag zur Integrierter Versorgung (I.V.). Hierbei kooperieren die Artemis Medizinische Versorgungszentren mit niedergelassenen Augenärzten. Diese führen in Abstimmung mit den Operateuren die ambulante Nachbehandlung durch. Deshalb kann der Versicherte nach der Operation in der Nähe seines Wohnortes nachbehandelt werden.

Bei der ambulanten Behandlung entfallen die „Hotelkosten“ des Krankenhauses. Hiervon profitiert der Versicherte, da er im Regelfall am Abend des Operationstages wieder zu Hause ist. Deshalb können die Kosten im Vergleich zur traditionellen Krankenhausbehandlung in der Größenordnung von bis zu 45 % deutlich minimiert werden.

Mit dem Vertrag unterstreichen die Ersatzkassen einmal mehr ihre Spitzenposition beim Abschluss neuer Versorgungskonzepte. Zudem zeigt der Vertrag, dass die Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitiger Kostenreduktion machbar ist.

Bislang boten nur Kliniken die genannten Operationen an – und das ausschließlich stationär. Die

Kliniken hatten jedoch auf Grund der hohen Einnahmen aus der vollstationären Versorgung bislang kein Angebot zur kostengünstigeren ambulanten Erbringung unterbreitet. Dr. Hubert Schindler, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, konstatierte deshalb anlässlich des Vertragsabschlusses mit den MVZ Artemis: „In der Augen Chirurgie haben die Kliniken in Hessen den Trend zur ambulanten Versorgung bisher wenig genutzt. Das Beispiel zeigt: qualitätsorientierter Wettbewerb ist der Schlüssel für eine Weiterentwicklung der Versorgungsangebote, die letztlich sowohl den Versicherten als auch den Leistungserbringern zu Gute kommt.“

„Hessen ist einmal mehr der Vorreiter bei den innovativen Vertragskonzepten“ freuen sich auch die Ärztlichen Leiter der ARTEMIS Zentren, Dres. Kaweh Schayan-Araghi und Bernd Strobel. Sie erinnerten an die hessischen Strukturverträge zum Ambulanten Operieren, durch die vor fast einem Jahrzehnt die ambulante Operation des Grauen Stars über Nacht zur Regelversorgung werden konnte. „Den Versicherten der Ersatzkassen stehen nunmehr auch alle modernen Methoden der Netzhaut- und Glaskörperchirurgie ambulant zur Verfügung, dies war bisher ausschließlich Privatpatienten vorbehalten. Wir sind überzeugt, dass sich dieses patientenfreundliche Konzept sehr schnell durchsetzen wird, gerade auch deshalb, weil uns heute zahlreiche neue, höchst erfolgreiche und minimal belastende Therapiekonzepte zur Verfügung stehen.“

DAS QUALITÄTSPROGRAMM DES VERTRAGS

Besonderen Wert haben die Vertragspartner auf die Qualität der Versorgung gelegt. Facharztstandards und übliche Anforderungen an die OP-Räumlichkeiten sind obligatorische Voraussetzungen. Darüber hinaus wurde ein personengebundener definierter Umfang an spezifischer Operationserfahrung als Grundbedingung vereinbart, die Einführung eines internen Qualitätsmanagements einschl. eines externen Audits (Begehung, Fremdbeurteilung) vereinbart. Zudem erhalten die Krankenkassen einen jährlichen Qualitätsbericht, in dem u.a. neben Angaben zur Indikationsstellung auch die Anzahl der Komplikationen und der Re-Operationen enthalten sind. Damit wird ein Niveau der Qualitätssicherung erreicht, welches deutlich über dem aktuellen Standard im Krankenhausbereich liegt.

Früh- und Neugeborenen Versorgung

Verbesserung der Versorgungsqualität

Beschluss des G-BA

Am 21. Juni 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein Konzept beschlossen, das die Qualitätsanforderungen für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen definiert. Diese Qualitätsanforderungen sollen seit diesem Jahr zur Anwendung kommen.

Der Stand der Dinge wurde in einer Veranstaltung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen (GQH) unter Beteiligung des G-BA am 12.07.2006 in Bad Nauheim präsentiert.

Das G-BA Konzept beschreibt die Anforderungen für die verschiedenen Stufen der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem und hohem Risiko, weiterhin von Säuglingen, bei denen eine Therapie unmittelbar nach der Geburt absehbar ist und schließlich für die Versorgung von Neugeborenen ohne Risiko.

Der o.a. Beschluss legt das Gewicht nicht auf Mindestmengen, sondern auf Strukturparameter, die von den Krankenhäusern in den unterschiedlichen Versorgungsstufen

- PERINATALZENTREN Level 1
- PERINATALZENTREN Level 2
- Perinataler Schwerpunkt
- Geburtskliniken

erfüllt werden müssen.

Auf der höchsten Versorgungsstufe, den PERINATALZENTREN Level 1, beinhalten die Kriterien beispielsweise die Vorhaltung eines Leitenden Facharztes mit dem Schwerpunkt Neonatologie (die Lehre von den Frühgeborenen), 6 Intensivplätze und eine „Wand an Wand“ Lösung, bei der die Geburtshilfe und die Neonatologische Intensivstation direkt nebeneinander liegen müssen.

Der G-BA geht davon aus, dass nur durch die gezielte Zuweisung der werdenden Mutter je nach Risiko in das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus die notwendige, fachgerechte Versorgung gewährleistet wird.

Die Situation und die Umsetzung des Beschlusses in Hessen

Seit 1980 werden in Hessen Daten von den Geburtskliniken zum Zweck der Qualitätssicherung erhoben. Die Auswertung durch die GQH erfolgt seit 1997.

Die Daten in Hessen stammen aus 70 geburtshilflichen Fachabteilungen an Hessischen Krankenhäusern (siehe Grafik 1). Von diesen sind 14 mit neonatologischen Intensivbetten ausgestattet.

Im Jahr 2005 wurden 50.344 Kinder in Hessen zur Welt gebracht. Bei der gezielten Zuweisung in das geeignete Zentrum lässt sich für Hessen bereits ein qualitativ gutes Ergebnis feststellen.

PERINATALZENTREN Level 1:

Entsprechend den Kriterien des G-BA Beschlusses war bei 354 Kindern eine Versorgung in einem PERINATALZENTRUM Level 1 erforderlich. Dies ist der Fall, wenn u. a.:

- das Geburtsgewicht unter 1.250 g oder
- der Geburtszeitpunkt vor der 29 Schwangerschaftswoche (SSW) liegt.

Die Versorgung dieser Patienten in Hessen ist gut. 95 % dieser 354 Kinder, kamen in einer Klinik mit neonatologischer Intensivstation (NICU) – PERINATALZENTRUM Level 1 zur Welt (siehe Grafik). Der Fachbegriff hierfür lautet „Inborn“. Die verbleibenden 5 % der Kinder, die nicht in der entsprechenden Einrichtung zur Welt kamen, der Fachbegriff hierfür lautet „Outborn“, wurden erst nach der Geburt in die jeweiligen Zentren verlegt.

Ziel muss natürlich sein, dass möglichst alle Geburten in den geeigneten Krankenhäusern erfolgen. Damit werden auch unnötige, und darüber hinaus die Frühgeborenen stark belastende Verlegungen in einem sogenannten Baby-NAW (Notarztwagen) obsolet.

PERINATALZENTREN Level 2:

Bei weiteren 1.156 Geburten waren die Aufnahmekriterien für eine Versorgung in einem PERINATALZENTRUM Level 2 erfüllt. Diese sind u. a.:

- Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 g oder
- Geburtszeitpunkt 29-32 Schwangerschaftswochen.

Hier ist eine 65 %ige Inborn-Quote festzustellen. Die Outborn-Quote stellt mit 35 % dieser Säuglinge im Vergleich zu den PERINATALZENTREN Level 1 eine andere Dimension dar. D. h. 35 % dieser Säuglinge wurden nicht in einer Klinik mit angeschlossener neonatologischer Intensivstation geboren. Von den mit der Outborn-Quote erfassten Säuglingen wurden lediglich 53 % in eine Kinderklinik mit angeschlossener neona-

fischer Intensivstation (NICU) verlegt, d. h. 47 % der Outborn-Säuglinge wurden nicht dem G-BA Beschluß entsprechend fachgerecht versorgt. Dieser Wert ist ernüchternd, denn diese Kinder müssen, um Spätfolgen zu vermeiden, in die geeigneten Zentren verlegt werden. Gemäß G-BA-Beschluss hätten diese Geburten direkt in den entsprechenden Zentren stattfinden müssen. Die Chance, dadurch die Zahl der Todesfälle und körperlichen und geistigen Behinderungen zu vermindern bzw. verhindern, wird verpasst, wenn sich die Inborn-Quote nicht verbessern lässt.

Dies gilt selbstverständlich auch in besonderem Maße für das Ziel einer 100 %igen Versorgung in PERINATALZENTREN Level 1.

Die Verlegung stellt ein ebenso großes Risiko für das Neugeborene dar. Darüber hinaus können bei verbesserter Versorgungsqualität auch noch die Krankentransportkosten eingespart werden.

Perinataler Schwerpunkt:

3.119 Geburten erfüllten die Aufnahmekriterien für einen PERINATALEN Schwerpunkt. Diese sind u. a.:

- Geburtsgewicht von mehr als 1.500 g und
- Geburtszeitpunkt 33-36 Schwangerschaftswochen.

Die Inborn/Outborn-Quote von 62 % zu 38 % ist genauso verbesserungsbedürftig, wie bei den PERINATALZENTREN Level 2. Dies liegt zum Teil daran, dass manche Krankenhäuser eine andere Selbsteinschätzung ihrer Leistungsfähigkeit haben, als Externe. Die Verlegungsquote von gerade einmal 48 % der Outborns unterstreicht diese These. Die Versorgung eines Frühgeborenen muss in den dafür



Regionale Verteilung der Kliniken

vorgesehenen Einrichtungen erfolgen, um Folgeschäden zu vermeiden bzw. zu mindern.

Geburtskliniken:

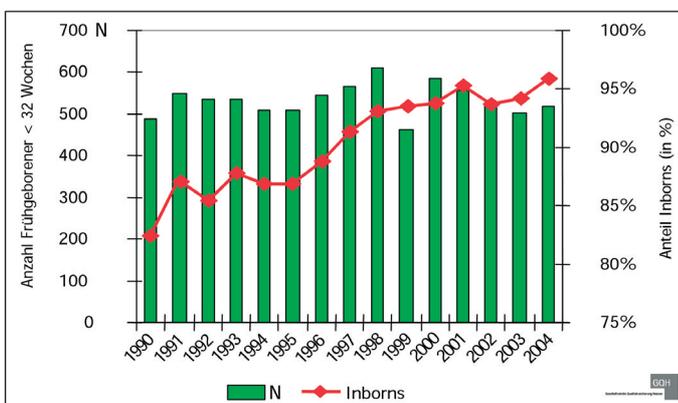
Diese Ausführungen bedeuten nicht, dass die klassischen „reinen Geburtskliniken“ an Bedeutung verlieren müssen. Deren Qualität ist für die normale Entbindung, die nicht mit einem Risiko behaftet ist, zum größten Teil völlig ausreichend. Es wird lediglich bei den Kleinst-Abteilungen mit einer Geburtenanzahl von unter 250 vernünftigerweise zu regionalen Zusammenschlüssen bzw. einer Aufgabenteilung und Spezialisierung kommen müssen.

Fazit:

Die Erhebung und Verarbeitung von Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung in Hessen hat über den Zeitraum von 25 Jahren dazu geführt, dass in der Geburtshilfe strukturelle Konsequenzen zur Verbesserung der Versorgungsqualität gezogen worden sind. Wenn 95 % der sehr kleinen Frühgeborenen im vergangenen Jahr in einer Klinik mit angeschlossener neonatologischer Intensivstation (NICU) zur Welt gekommen sind, ist dies ein gutes Ergebnis.

Es bedarf weiterer Anstrengungen, die o. a. Quote noch zu verbessern. Darüber hinaus gilt dies in weit höherem Maße für Geburten, die die Aufnahmekriterien für die PERINATALZENTREN Level 2 – Kliniken mit angeschlossener neonatologischer Intensivstation (NICU) – sowie für die Perinatalen Schwerpunkte erfüllen.

**Frühgeborene (24-31 SSW)
Ratio Inborn vs. Outborn
Exkl. Anomalien, Totgeburten**



Stand: Juli 2006:

Frühgeborene (24-31 SSW)

Eine Problemlösung kann nicht darin liegen, geburtshilfliche Abteilungen aus unterschiedlichsten Motiven heraus in der „Versorgungshierarchie“ aufsteigen zu lassen. Derartigen Vorstellungen ist entgegen zu wirken.

Maßgebend hierfür ist, dass es nur einen gewissen Anteil von Neugeborenen gibt, der einer vierstufig strukturierten, intensiven Behandlung bedarf.

Finanzinvestitionen in der Geburtshilfe müssen sich an dem objektiven Bedarf orientieren.

Weder aus qualitativer noch aus betriebswirtschaftlicher Sicht macht es Sinn, Risikogeburten an ein Krankenhaus ziehen zu wollen, welches den entsprechenden Kriterien nicht gerecht wird. In einem solchen Falle sind auch haftungsrechtliche Probleme vorgezeichnet, wenn ein Krankenhaus – außer in einem eng auszulegenden Notfall – eine absehbar komplikationsbehaftete Geburt durchführt.

Abgesehen von den für die betroffenen Kinder und Eltern z. T. äußerst schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen kann eine solche Vorgehensweise zu einer finanziellen Belastung für das Krankenhaus bzw. den verantwortlichen Arzt werden.

Ziel muss es sein, die bestehende gute geburtshilfliche Versorgung in Hessen durch eine konsequente, sachgerechte Steuerung weiter so zu verbessern, dass durchgängig eine dem Schwangerschaftsrisiko entsprechende Zuweisung in die geeignete Versorgungsstufe erfolgt.

Die VdAK/AEV-Landesvertretung Hessen wird sich aktiv in die Krankenhausplanung für diesen Bereich einbringen, um eine optimale Versorgung für die schutzbedürftigen Kleinsten zu adäquaten Kosten zu erreichen.

FÜR „DER GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES (G-BA)“:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Außerdem definiert er Anforderungen an Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Grundlage für die Arbeit des G-BA ist das Sozialgesetzbuch Nr. 5. Dort hat der Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Rahmen vorgegeben, den der Ausschuss mit seinen Beschlüssen ausfüllt und damit für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sorgt. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

Im Krankenhausbereich besteht der Gemeinsame Bundesausschuss aus 21 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen:

- 3 unparteiische Mitglieder (davon ein Vorsitzender)
- 9 Vertreter der Krankenkassen (benannt von deren Spitzenverbänden)
- 9 Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Außerdem können an den Sitzungen des Ausschusses bis zu neun Patientenvertreter, die Antrags- und Mitberatungsrecht jedoch kein Stimmrecht haben, teilnehmen. Die Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ist in § 140f SGB V geregelt.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

Walter-Kolb-Str. 9-11 · 60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 / 96 21 69-0 · Telefax: 0 69 / 96 21 68-21

E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de · Redaktion: Meinhard Johannides

Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler