

MARBURGER BUND

Susanne Johna will Henke beerben

Frankfurt/Main. Einen Tag nach der Rückzugsankündigung des Marburger-Bund-Vorsitzenden Rudolf Henke hat Hessens Landesverbandschefin Dr. Susanne Johna ihre Kandidatur für den Bundesvorsitz angekündigt. Die Wahl erfolgt auf der Hauptversammlung am 8./9. November in Berlin.

„Mein Ziel ist, dass wir die Unabhängigkeit und das Rückgrat eines freien Berufes leben und der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens entgegenzutreten“, sagte Johna. Die Internistin ist Oberärztin im St. Josef-Hospital Rüdesheim und seit 2013 Vorsitzende des MB Hessen. Voriges Jahr hatte sie sich vergeblich um das Amt als Kammerpräsidentin in Hessen beworben. Sie sitzt im Vorstand der Bundesärztekammer. (bar)

RHEINLAND-PFALZ

Kleine Kliniken mit Zuschlägen stärken

Mainz. Kliniken können nach Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses bei einem finanziellen Defizit einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Hier würden einige kleine Kliniken in Rheinland-Pfalz aus dem Raster fallen, weil sie nicht den Kriterien der GBA-Vorgabe entsprechen, so die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD). Deshalb wurde die Landesverordnung, die jetzt vom Ministerrat gebilligt wurde, angepasst, sodass ab 1. Januar 2020 die Kliniken in Nastätten, Kirn, Simmern, Wittlich sowie Altenkirchen/Hachenburg, Hermeskeil, Saarburg und Westpfalz-Klinikum, Standort Kusel, Sicherstellungszuschläge erhalten können. (ato)

BADEN-WÜRTTEMBERG

App: Bewegung speziell für MS-Kranke

Stuttgart. Um mehr Bewegung in den Alltag von Kranken mit Multipler Sklerose (MS) zu bringen, wurde das E-Health-Angebot „MS bewegt“ entwickelt. Es wurde von AMSE L, Aktion Multiple Sklerose Erkrankter, Landesverband der DMSG in Baden-Württemberg e.V. mit weiteren Partnern auf den Weg gebracht. Bei „MS bewegt“ handelt es sich um eine App, über die Betroffene ein persönliches Bewegungstraining und individuell zugeschnittene Übungen und Trainingspläne abrufen können.

Ab Herbst 2019 soll an mehreren Kliniken und neurologischen Praxen mit Schwerpunkt Multiple Sklerose in Baden-Württemberg und Würzburg eine wissenschaftliche Studie zur Machbarkeit und Wirksamkeit des Betreuungsangebots durchgeführt werden. (eb)

 Interessierte Zentren können sich bei der Projektleitung melden. E-Mail: alexander.tallner@fau.de

„Die DRG abzuschaffen, löst das Problem nicht“

Professor Reinhard Busse unterstützt den Appell „Rettet die Medizin“. Im Interview erklärt er, warum die DRG eigentlich nicht das größte Problem sind.

Das Interview führte Denis Nößler

Ärzte Zeitung: Herr Professor Busse, Sie sind einer von über 200 namentlichen Unterstützern des Ärzte-Appells „Rettet die Medizin“. Darin ist die Rede, Kliniken wären „fahrlässig den Gesetzen des freien Markts“ überlassen worden. Das „Diktat der Ökonomie“ habe zur Enthumanisierung geführt. Wollen Sie im Gesundheitswesen den Sozialismus einführen?

Professor Reinhard Busse: Nein, ganz sicher nicht! Der Text in der jetzigen Form ist ein Kompromiss. Anfangs standen noch ganz andere Forderungen im Raum. Da war ich hin- und hergerissen, ob ich da mit unterschreiben will. Manche Kollegen würden nach wie vor die Fallpauschalen in den Kliniken abschaffen wollen. Dass die DRG böse sind, sagen übrigens auch viele Kollegen aus der Wissenschaft.

Also müssen sie doch weg und wir landen wieder bei Pflegesätzen?!

Bloß nicht! Und genau da liegt der Hase im Pfeffer: Wenn wir die DRG ersetzen, lösen wir das Problem nicht, wir verschieben es nur. In dem Moment, in dem ich ein Krankenhaus für Leistungen bezahle, habe ich per se ein Anreizproblem, und zwar unabhängig vom Vergütungssystem: Was ich bezahle, das bekomme ich, nur schlimmstenfalls eben zu viel davon beziehungsweise das Falsche. Und hier springen viele in ihrer Forderung zu kurz. Pflegesätze würden das Problem nämlich nicht lösen, dann würden die Patienten womöglich unnötig lange liegen bleiben.

Was ist dann eigentlich das Problem? Das eigentliche Problem ist, dass wir in Deutschland viel zu viele Krankenhausbetten haben. Die Überkapazitäten abzubauen, das würde das Problem ganz gravierend verbessern. Und wir müssten die Krankenhäuser finanzieren wie andere Bereiche des öffentlichen Lebens. Nehmen Sie als Beispiel die Feuerwehr: Die wird auch bezahlt, wenn sie keinen Einsatz hat. Bei den Kliniken machen wir das aber nicht. Kein Wunder, dass jeder zweite



Professor Reinhard Busse unterstützt den Ärzte-Appell. © MIG / TECHNISCHE UNI BERLIN

Professor Dr. med. Reinhard Busse

- **1984-1990:** Studium der Humanmedizin
- **1999:** Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
- **seit 2002:** Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin; Fakultätsmitglied der Charité - Universitätsmedizin Berlin
- **seit 2012:** außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Notfallpatient am Ende ein stationärer Fall wird. Die Krankenhausgesellschaft behauptet zwar immer wieder, die Notaufnahmen würden nur Miese machen. Das ist aber scheinheilig: Tatsächlich sind die ZNA zur stationären Aufnahme inzwischen so wichtig wie Einweisungen.

Ließe sich diese Zuweisungsorgie einer budgetähnlichen Vergütung verhindern?

Auch ein Fixbudget ist anreizmäßig nicht optimal. Im besten Fall müsste es ein kluges Mischsystem sein, also DRG für die reinen Fälle und Pauschalen unter anderem für die Notaufnahme. Im Ausland kennen wir solchen Mischsysteme. Wesentlich dabei ist, dass der im Notfall hilfesuchende Bürger nicht automatisch vom Krankenhaus als potenzieller stationärer Fall gesehen werden darf.

Vor knapp zehn Jahren haben Sie mit europäischen Kollegen im Projekt „EuroDRG“ nach Alternativen geforscht. Waren Vorhaltepauschalen darin ein Thema?

Ja, in der Tat. Wir haben damals gesagt, dass man das Leistungsspektrum der Krankenhäuser sehr sorgfältig auseinanderhalten muss. Eine Klinik macht ja nicht nur Patientenbehandlung. Gerade die Bereitschaftsdienste, Stichwort Notfallambulanz, muss ich anderes vergüten. Auch die Aus- und Weiterbildung sowie die Forschung ...

... das klingt nach Systemzuschlägen. Nein, bloß nicht. Die gehen in die falsche Richtung und sind völlig unge-rechtfertigt. Ich kann auch bis heute nicht den Argumenten der Unikliniken dazu folgen. Vielmehr müsste jedes einzelne Haus, also auch die Unikliniken, sehr viel klarer belegen, was es exakt tut. Sie müssten ihre Leistungen offenlegen und dann könnte man systematisch prüfen, welches Haus aus welchem Grund eine höhere Vergütung bräuchte.

Welche Prämissen müsste ein gutes Finanzierungssystem erfüllen?

Wir müssten Ärzte und Krankenhäuser dafür bezahlen, dass sie Indikationen sorgfältig stellen und nicht nur für die Indikation an sich. Gerade die Entscheidung, richtigerweise nicht zu therapieren, muss auch finanziell kompensiert werden. Solange es Geld nur für Handlungen gibt, solange werden Patienten behandelt, notfalls auch unnötig. Das laste ich weniger der „bösen Ökonomie“ an, es sind schlicht die Anreize. Einmal davon abgesehen, dass wir viel zu viele Krankenhäuser haben ...

... für die die Länder nicht ihrer Pflicht bei den Investitionskosten nachkommen. Und gleichzeitig wehren sich Landes- und Kommunalpolitiker gegen Klinikschließungen.

Ja, das ist absolut inkonsequent, was in den Landesministerien geschieht. Die planen eigentlich nicht. Das sieht man am drastischsten in Niedersachsen: Deren Krankenhausplan ist von 1985 und wird seither fortgeschrieben – bisher 33 Mal. Das hat mit Planung nichts zu tun. Es ist einfach nur schizophoren, das ist zum Soll zu machen. Und dann zahle ich noch nicht einmal die nötigen Investitionskosten.

Aber: Die Länder sollen auch gar nicht die unnötigen Betten mit der Gießkanne finanzieren. Eine richtige Planung müsste her, Häuser müssten zusammengelegt, umgewandelt, vielleicht sogar geschlossen werden – und die übrigen, wirklich bedarfsgerechten natürlich adäquat finanziert werden. Dann sähe manches schon sehr viel besser aus.

Verordnung zur Patientensicherheit in Hessen

Eigens beauftragte Fachkräfte sollen Risiken analysieren, Maßnahmen ergreifen und an Ministerium und neuen Beirat berichten.

Von Christoph Barkewitz

Wiesbaden. Hessens Krankenhäuser sollen nach dem Willen der schwarz-grünen Landesregierung qualifizierte Patientensicherheitsbeauftragte benennen. Das Land habe jetzt eine Rechtsverordnung zur Patientensicherheit auf den Weg gebracht, in der die Kliniken aufgefordert würden, ei-

ne Sicherheitskultur zu etablieren und weiter zu entwickeln, teilte Sozialminister Kai Klose (Grüne) mit.

Die Patientensicherheitsbeauftragten sollten Risiken identifizieren, einschätzen und Maßnahmen ableiten. Deren Aufgaben seien konkret zu benennen, um die organisatorische Einordnung und Berichtspflichten zum Thema Patientensicherheit verbindlich regeln, sagte Klose. Organisatorisch sollen sie direkt der Klinikleitung unterstellt sein, „um die Entwicklung der Sicherheitskultur in einer Organisation als Führungsaufgabe zu verdeutlichen“.

Sein Ministerium wolle die Qualifizierung dieser Fachkräfte unterstüt-

zen, so der Minister, denn die Patientensicherheitsbeauftragten bräuchten für ihre Aufgaben eine hohe Fachkompetenz und müssten gute Kenntnisse auf dem Gebiet des klinischen Risikomanagements mitbringen.

Die Möglichkeiten zur Regelung solcher Maßnahmen sind mit der jüngsten Neuregelung des Hessischen Krankenhausgesetzes geschaffen worden. Die Rechtsverordnung sieht auch die Installation eines neuen Landesbeirats zur Patientensicherheit vor. Die Beauftragten müssen demnach regelmäßig dem Ministerium wie auch dem Beirat schriftlich über die Aktivitäten ihrer Kliniken Bericht erstatten.

„Es ist gut, dass die Verordnung in Hessen erarbeitet wurde“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Dr. Daniela Sommer. Doch herrsche bislang wenig Transparenz, wie genau die Patientensicherheit flächendeckend und strukturiert in Hessen weiterentwickelt werde.

Zustimmung kam von der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse. „Die Einführung von Patientensicherheitsbeauftragten in allen hessischen Kliniken ist absolut sinnvoll, denn die hochkomplexen und schnellen Abläufe in Krankenhäusern sind besonders anfällig für Fehler“, sagte deren Leiterin Dr. Barbara Vof.