

DAS ERSTE

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Im Bistum Mainz gibt es viele lohnende Wanderziele für kurzentschlossene Frischluftfreunde. Einige davon haben wir in unserer zwölfteiligen Reihe vorgestellt. Vor allem solche Wanderstrecken, die nicht alle 200 Meter durch Schnaps-, Bier- und Würstchenstände markiert sind. Allenfalls durch kulturelle Denkmäler. Ja, mancher sieht erst bei Fußmärschen, wie viele Denkmäler es im Bistum gibt. Vom Franziskus-Meditationsweg im Odenwald über eine Wanderung durch die Nibelungenstadt Worms („Zu Fuß durch zwei Jahrtausende“) bis zum wieder errichteten Jakobs-Pilgerpfad im Wonnegau (in dieser Ausgabe) reichte unser Angebot. Viele interessante Ziele für Last-Minute-Wanderer, die ein bisschen hinaus wollen ins Frischgrüne, wenn sie gerade mal einen freien Tag haben oder am Wochenende die Sonne lacht. Vielleicht zwickt es Ihnen jetzt auch ein bisschen in den Füßen. Und wenn Sie nicht wandern wollen oder dürfen, dann können Sie immer noch gewinnen. Sie müssen nur das richtige Lösungswort (zwölf Buchstaben) einlesen. Dann winken Rucksäcke und wertvolle Bibelausgaben. Viel Glück bei der Auslosung!

Edwin Burger

MOMENT MAL...



Ein Anruf bei Bernhard Brantzen (47), Caritasdirektor in Gießen. Das Altenpflegeheim St. Anna in Gießen und die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung (TDG) haben ein dreijähriges gemeinsames Projekt abgeschlossen.

Frage: Worum ging es bei diesem Projekt, und wer hat alles mitgearbeitet?

Brantzen: Die TDG hat vor drei Jahren mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit, des hessischen Sozialministeriums und der türkischen Regierung ein Ausbildungsprojekt im Bereich Altenpflege begonnen. Zum einen ging es dabei um die Ausbildung von insbesondere türkischen Altenpflegeschülerinnen in Deutschland, zum anderen um den Aufbau eines Altenpflegeausbildungssystems in der Türkei. Die Leiterin und die Mitarbeiterinnen von St. Anna waren dabei zum einen für türkische Praktikantinnen dieses Projektes Mentoren, zum anderen waren einige Mitarbeiterinnen in einem Ausbildungsgang in der Türkei als Dozenten tätig. Grundsätzlich geht es nun um eine Öffnung auch für andere Migranten.

Frage: Aus welcher Idee ist diese Kooperation entstanden?
Brantzen: Bereits jetzt und künftig verstärkt werden Menschen aus anderen Herkunftsländern in unseren Altenpflegeheimen in ihrem letzten Lebensabschnitt ein Zuhause finden. Dies ist sowohl für die Menschen und deren Familien eine neue Situation. Andere Denkweisen, Familienerfahrungen, aber auch unterschiedliche religiöse Traditionen müssen integriert werden, und ein Stück interkultureller Gesellschaft entwickelt sich auch im Alter. Es steht uns als kirchlichem Verband gut an, dazu beizutragen, dass wir diese Formen weiterentwickeln und überlegen, wie auch in der Pflege den Menschen Mitarbeiter ihrer Herkunft und Muttersprache als Integrationspartner zur Seite stehen können.
Frage: Sowohl die Regierung der Bundesrepublik als auch die türkische Regierung haben die Initiative unterstützt. Wie war die Resonanz aus der Politik zum Abschluss des Projekts?

Brantzen: Wir haben zum Abschluss dieses ersten Kurses zu einem gemeinsamen Fest der TDG und des CV Gießen eingeladen. Der Einladung sind Politiker von allen Ebenen gefolgt genauso wie Vertreter der Kirchen und Verbände. Solche Modelle weiterzuführen, auch mit anderen Migranten, hat die Unterstützung aller. In diesem Sinne wird mit Althilfen in den kommenden Jahren ein weiteres Projekt durchgeführt.

Frage: Eine erste Basis zur Integration und interkulturellen Gesellschaft konnte geschaffen werden. Welche Ziele verfolgen Sie künftig, und welche Probleme könnten auftreten?
Brantzen: Gerade wenn es um Menschen nicht nur anderer Muttersprachen, sondern insbesondere anderer Religionen geht, ist es gut, Formen des Miteinanders zu entwickeln. Das wird aber ein nicht immer leichter Prozess sein, weil es darauf ankommt, einerseits allen Beteiligten Raum auch für ihren religiösen Lebenszusammenhang zu ermöglichen, andererseits als kirchliches Haus das eigene Profil zu bewahren. In dieser Spannung liegt aber auch eine Chance für beide Seiten.

Anrufer: Andreas Sattler

IHR DRAHT ZU UNS

Redaktion

© 0 61 31 / 2 87 55 - 0
Fax 0 61 31 / 2 87 55 - 122

e-mail:
info@kirchenzeitung.de

Abo-Betreuung

© 0 64 31 / 9 11 3 - 28
Fax 0 64 31 / 9 11 3 - 37
GKPM.Limburg@t-online.de

Anzeigen-Annahme

© 0 64 31 / 9 11 3 - 20
Fax 0 64 31 / 9 11 3 - 37
e-schenk@kirchenzeitung.de

Gesundheitswesen in der Sackgasse

Nur stärkere Vernetzung sichert die Zukunft – Caritas-Fachtagung im Erbacher Hof in Mainz

Das Gesundheitswesen steht vor großen Veränderungen. Ab 2004 werden neue Abrechnungssysteme die Kooperation in Krankenhäusern, Altenzentren und Sozialstationen entscheidend verändern. Mit den Folgen beschäftigt sich jetzt eine Caritas-Fachtagung im Erbacher Hof in Mainz. Titel: „Erfolg durch Kooperation – Vernetzung sichert Zukunft“. Vor 270 Teilnehmern legten Wissenschaftler und Praktiker ihre Lösungsvorschläge dar.

Der Anteil der alten und kranken Menschen an der Bevölkerung steigt, während sich die Stimmen derer erhöhen, die eine angemessene Versorgung kaum mehr für finanzierbar halten. Jetzt handelt der Gesetzgeber und ordnet ab 2004 das Vergütungssystem im Krankenhaus grundsätzlich neu.

Nicht mehr die erbrachten pflegerischen und medizinischen Leistungen oder die Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus werden vergütet, sondern es werden für jede Krankheit sogenannte „Fallpauschalen“ bezahlt. So kostet etwa eine Blindoperation einen fixen Betrag, ob der Patient zwei, drei oder zehn Tage in der Klinik bleibt. Das führt, so der Mainzer Diözesancaritasdirektor Mario

Junglas, zu einer kürzeren Verweildauer des einzelnen Patienten im Krankenhaus. Um auch künftig eine gute Pflege und Therapie kranker Menschen sicherstellen zu können, sei eine breite Vernetzung und Kooperation zwischen Kliniken, Sozialstationen, Hospizen und anderen Hilfeeinrichtungen unerlässlich.

Dr. Axel Paeger, AMEOS-Vorstandsvorsitzender, hat sich seit 1992 in Amerika mit Disease-Management und neuen Entgeltsystemen beschäftigt. In Kalifornien haben Fallpauschalen nach seinen Worten dazu geführt, dass sich die Verweildauer in den Kliniken halbierte und die Bettenzahl erheblich senkte. In Deutschland rechnet Dr. Paeger mit einer vergleichbaren Entwicklung. Dies mache mehr Kooperation unumgänglich. Denn auch die Kliniken müssten daran interessiert sein, dass nach der Entlassung eine angemessene Versorgung ihrer Patienten sichergestellt ist. Diese Nachsorge müsse eine enge Kooperation mit Sozialstationen, Altenheimen und Rehabilitationseinrichtungen übernehmen. Insbesondere müsse die Patientenüberleitung verbessert und sichergestellt werden, dass die nachsorgende Institution alle



Sogenannte „Fallpauschalen“ sollen es richten: In den USA hat das dazu geführt, dass die Verweildauer im Krankenhaus stark zurückging und die Betten erheblich reduziert wurden.

wesentlichen Informationen über den Patienten auch unverzüglich bekommt. Die Hauptsache für bislang fehlende Verzahnungen sieht Dr. Paeger darin, dass stationäre und ambulante Versorgung, Rehabilitation und Pflege getrennt vergütet werden.

Heike Schaarschmidt hat als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ein Kooperationsprojekt des Klinikums Ludwigshafen begleitet. Sie legte dar, dass Kooperationen sensible Prozesse darstellen. Sie warb dafür, dass aus „Schnitt-

stellen Nahtstellen werden“. Insbesondere müssen die Kommunikationsstränge zwischen den verschiedenen Diensten vereinheitlicht und allen Berufsgruppen gleichzeitig die erforderlichen Informationen zugeleitet werden, damit teure Doppeluntersuchungen unterbleiben. Allzu oft werde der Patient unnötig lange in der Klinik gehalten und Zeit eingeblüht durch „Einzelkorrekturen“, weil etwa Unterlagen fehlen und hinterher telefoniert werden muss.

Heike Schaarschmidt stellte aber auch klar: Wenn „von unten“ kein Problembewusstsein herrscht und kein Problemdruck erkannt wird, dann wird es nicht zu den notwendigen Veränderungen in der Kooperation kommen.

Während der Tagung wurden mehrere Beispiele erfolgreicher Kooperationen und Vernetzungen aus dem Caritasbereich vorgestellt. Eine 1998 geschlossene Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus „Hospital zum Heiligen Geist“ in Boppard und der Sozialstation Emmelshausen hat inzwischen zu einem ganzheitlichen und durchlässigen Hilfeangebot für kranke und alte Menschen im Einzugsgebiet geführt, das auch die soziale Komponente mit umfasst.

J. Otto Weber

Auch die Patienten wollen gerne früher heim

Fragen an Dr. Axel Paeger, Vorstandsvorsitzender bei der AMEOS Holding AG

Frage: Ab 2004 werden Krankenhäuser nicht mehr danach vergütet, wie lange die Patienten dort verweilen. Im Gegenteil. Dann wird für jede Krankheit eine „Fallpauschale“ festgesetzt, und das Krankenhaus ist daran interessiert, die Patienten möglichst schnell zu entlassen. Das spart Kosten und Betten. Betriebswirtschaftlich ist das effizient. Aber gibt es auch Vorteile aus Sicht der Patienten?

Paeger: Die Verweildauer der Patienten in deutschen Krankenhäusern ist doppelt so lang wie etwa in Dänemark. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Krankenhäuser beim derzeitigen Vergütungssystem versuchen, möglichst viele Betten zu belegen. Das zukünftige Vergütungssystem ist fairer, weil die Leistung der Klinik für den Patienten stärker berücksichtigt wird. Patienten verbringen manchmal, ohne dass viel passiert, eine Woche oder länger im Krankenhaus, bevor sie operiert werden. Dies kann nicht im Sinne des Patienten sein: Auch der Patient möchte in aller Regel zügig versorgt werden und bald wieder nach Hause.

Frage: Was passiert mit älteren Menschen, die an mehreren Krankheiten leiden und nicht innerhalb einer vorgegebenen Verweildauer gesundet?

Paeger: Zunächst einmal stellen verschiedene Abstufungen sicher, dass für Patienten mit schweren Erkrankungen und zusätzlichen Nebenerkrankungen mehr Geld zur Verfügung steht. Das ist ein klarer Vorteil gegenüber dem jetzigen Fallpauschalensystem in der operativen Medizin.

Bei der Überschreitung einer Grenzwelldauer erhält das Krankenhaus zusätzliches Ent-

gelt. Dennoch haben wir in den USA die Erfahrung gemacht, dass Krankenhäuser gehalten sind, sich auf die Behandlung der Haupterkrankung zu konzentrieren. Es kann leichter passieren, dass ein Patient für eine andere Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt erneut ins Krankenhaus muss. Dies ist ein bekannter Nachteil des zukünftigen Vergütungssystems.

Frage: Zur zentralen Frage wird eine qualifizierte Nachsorge. Was wird oder muss sich in Sozialstationen, in Alten- und Pflegeheimen ändern?

Paeger: Wir rechnen damit, dass der Patient zukünftig nicht nur zügiger versorgt, sondern in vielen Fällen auch früher entlassen werden kann. In den meisten europäischen Nachbarländern gelingt das schon heute. Die Nachsorge wird medizinischer werden. Von entscheidender Bedeutung wird es sein, dass Sozialstationen, Alten- und Pflegeheime über die notwendigen Informationen des Krankenhauses verfügen. Sie müssen gleich von der ersten Stunde an wissen, welche Medikamente der Patient bekommen soll und was sonst zu beachten ist. Ein noch so ausführlicher Arztbrief, der zehn Tage später eintrifft, hilft wenig. Viel zu viel Zeit wird heutzutage damit vergeudet, um umständlich auf telefonomischem Wege Informationen einzuholen, weil der Arztbrief noch nicht da ist.

Frage: Bei den Fallpauschalen wird immer auf die Erfolge in den USA verwiesen. Aber ist dort dieses Konzept nicht schon wieder vorbei? Die Amerikaner operieren jetzt mit Komplex- und Kopfpauschalen...

Paeger: In der Tat: In einigen Bundesstaaten der USA ist die



Dr. Axel Paeger, Vorstandsvorsitzender der AMEOS Holding AG und

Entwicklung schon weiter fortgeschritten. Komplexpauschalen fassen die Fallpauschalen für ambulante und stationäre sowie für Akut- und Rehabilitationsleistungen zusammen und setzen somit einen wünschenswerten Anreiz für eine verbesserte Verzahnung der Patientenversorgung.

Die Kopfpauschale geht dagegen noch viel weiter. Hier wird nicht für jede Erkrankung, sondern nur für jeden Versicherten eine Pauschale bezahlt. Beträgt diese etwa 200 Dollar und werden zwei Millionen Bürger versorgt, so erhält die Gemeinschaft der Leistungserbringer – das sind alle Beteiligten zusammen: niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehakliniken, ambulante Pflege – 400 Millionen Dollar. Mit diesem Geld sind dann alle Erkrankungen der zwei Millionen Bürger zu versorgen. Kritisiert wird daran, dass den Einrichtungen ein Anreiz entsteht, möglichst wenige

Leistungen für den Patienten zu erbringen. Der große Vorteil ist aber, dass ein viel größeres Augenmerk auf die Vorsorge gelegt wird, weil bei einem gesunden Patienten weniger Kosten entstehen. Positiv ist auch, dass durch die gemeinsame Vergütung in der Gemeinschaft der Leistungserbringer die von allen geforderte Integration der Versorgung zur Pflicht wird.

Viele Experten glauben, dass wir auch in Deutschland eines Tages die Kopfpauschale haben werden. Man leidet dies aus den steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen ab. Die Einrichtungen erbringen immer mehr Leistungen bei einer alternden Bevölkerung und bei zunehmenden technologischen Möglichkeiten. Die Politik hingegen will die Ausgabensteigerungen begrenzen, um die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten. Da gibt es auch bei den Fallpauschalen nach 2004 eben diesen Konflikt. Der würde mit der Kopfpauschale beseitigt: Alle, auch die Einrichtungen im Gesundheitswesen, würden dann stärker darauf achten, die Zunahme der Leistungen auf das medizinisch absolut Notwendige zu beschränken.

Frage: Können Sie die Vorteile einer engen ambulanten-stationären Kooperation an einem Beispiel mal veranschaulichen?
Paeger: Für einen Patienten, dessen Kropf (Struma) operiert werden soll, besteht heute nicht mehr die Notwendigkeit für einen längeren Krankenhausaufenthalt. Die notwendigen Blut- und Röntgenuntersuchungen können schon vor dem Krankenhausaufenthalt stattfinden. Wenn alles Notwendige vorher abgeklärt ist, kann der Patient bereits am Tag der Aufnahme oder am Folgetag operiert wer-

den. Der Vorteil der engeren Zusammenarbeit liegt hier auch in der Vermeidung von Doppeluntersuchungen. So gilt es zu vermeiden, dass der Patient unnötig mehrfach geröntgt wird. Die ambulante-stationäre Kooperation ermöglicht eine bessere Qualität und gleichzeitig oft auch Kosteneinsparungen.

Frage: Sie plädieren für „Indikations-Pfade“, um die Kooperation zu verbessern. Was ist damit gemeint? Wie muss man sich das praktisch vorstellen?

Paeger: In unserem Beispiel ist die Indikation, also der Grund zur Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus, die Struma-Resektion (Operation des Kropfes). Ein Pfad für diese Indikation beschreibt nun, welche Leistungen von den Ärzten und den anderen Beteiligten dabei erbracht werden. Dies erst ermöglicht eine genaue Absprache zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus, um die optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten. Die Pfade entlasten zusätzlich das Personal im Krankenhaus, weil die Abläufe klar strukturiert werden können und vieles besser und rechtzeitiger geplant werden kann.

Die Pfade haben aber auch viele Vorteile für den Patienten selbst: Bei besserer Planung können unnötige Wartezeiten in den diagnostischen Abteilungen wie Röntgen, EKG vermieden werden. Für jeden Pfad gibt es außerdem ein Patienteninformationsblatt, mit dem sich der aufgeklärte Patient oder dessen Angehörige einen Überblick über Diagnostik und Behandlung verschaffen können. Im Gespräch mit dem Arzt kann der Patient dann gezielter bei den Aspekten nachfragen, die ihm noch nicht klar geworden sind.

Interview: Edwin Burger