

Intensivpflege: Mediziner fordern verbesserte Versorgung für außerklinisch künstlich beatmete Patienten

Gewinnmaximierung auf Kosten schwerkranker Patienten: Statt von der künstlichen Beatmung schnellstmöglich entwöhnt zu werden, werden Betroffene oft so lange wie möglich an Maschinen angeschlossen. Der Grund ist oft finanzieller Natur. Für die Versorgung eines Beatmungspatienten im eigenen Zuhause erhalten Anbieter pro Monat bis zu 25.000 Euro, spezialisierte Pflegeeinrichtungen verlangen von Angehörigen bis zu 3.000 Euro pro Monat. Diese Entwicklung will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit dem heute öffentlich gemachten Entwurf zum „Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz“ stoppen.

„Wir unterstützen diese wichtige Initiative und fordern den Bundesgesundheitsminister auf, Vertreter der Intensivmedizin jetzt in die Ausgestaltung des Gesetzes miteinzubeziehen“, sagt Professor Uwe Janssens, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). „Nur Ärzte aus der Intensivmedizin sollten eine fachgerechte Indikation für eine außerklinische Beatmung stellen dürfen. Zudem muss der Patientenwille zwingend eingehalten werden.“

Es ist dringend an der Zeit zu handeln: „Auch wir haben in den vergangenen Jahren eine überproportionale und nicht mehr zu verantwortende Zunahme an außerklinisch behandelten Intensivpatienten beobachtet. Dies belastet das gesamte Gesundheitssystem“, sagt Uwe Janssens, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler. Besonders die Zahl der künstlich beatmeten Patienten habe sich drastisch erhöht. Schätzungen gehen heute von rund 30.000 Betroffenen aus, 2005 waren es lediglich 1.000 Patienten. Inzwischen haben sich in ganz Deutschland sogenannte Beatmungs-WGs gebildet, in denen mehrere Patienten gleichzeitig betreut werden. „Gerade hier ist zu befürchten, dass die hohen Anforderungen an die Qualität einer intensivmedizinischen Versorgung dort nicht erfüllt und auch nicht ausreichend kontrolliert werden“, sagt Janssens.



Professor Uwe Janssens,
Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

(Bild: Mike Auerbach)

Steigende Qualitätsanforderungen für die Versorgung von Beatmungspatienten

Der neue Gesetzesentwurf sieht vor, dass Intensivpflege mit Beatmung Zuhause nur noch in Ausnahmefällen stattfinden darf. Für Pflege-WGs und ambulante Versorgung sollen die Qualitätsanforderungen massiv erhöht werden, gleichzeitig sollen die Eigenanteile einer Unterbringung in Spezialeinrichtungen auf zehn Euro pro Tag und maximal 280 Euro pro Monat gedeckelt werden. Ein finanzieller Anreiz soll zudem dafür sorgen, dass Krankenhäuser Patienten häufiger von der künstlichen Beatmung entwöhnen. Die DIVI unterstützt dieses Vorhaben, fordert die Verantwortlichen aber dazu auf, zwei wichtige Aspekte mit in die neue Gesetzgebung aufzunehmen, um auch zukünftig die Qualität der Intensivversorgung zu sichern: Zum einen muss eine Indikation durch Ärzte aus der Intensivmedizin gewährleistet sein. Zum anderen muss zwingend der Patientenwille beachtet werden.

Ärzte und Patienten müssen im Mittelpunkt des Gesetzes stehen

Die DIVI betont, dass die Indikation für eine außerklinische, intensivmedizinische Versorgung von einem Arzt aus dem intensivmedizinischen Bereich getroffen werden sollte. Auch der Patientenwille müsse bei einer außerklinischen intensivmedizinischen Behandlung wie der künstlichen Beatmung unbedingt Beachtung finden, so DIVI-Präsident Janssens. „Eine solche Behandlung muss durch den Patientenwillen gedeckt sein, da sie sowohl für den Betroffenen als auch für die Angehörigen eine große Belastung darstellt. Ökonomische Interessen dürfen hier keinesfalls eine Rolle spielen.“ Die DIVI fordert, dass bei einer bestehenden außerklinischen intensivmedizinischen Behandlung oder Beatmung die Notwendigkeit in regelmäßigen Abständen durch eine unabhängige Expertengruppe überprüft werden sollte.

Vergütung intensivmedizinischer Leistungen im DRG-System – Aktuelle Probleme und Lösungsvorschläge

Reimer Riessen

Fast 15 Jahre nach Einführung des DRG-Fallpauschalensystems als zentrales Element der Krankenhausfinanzierung in Deutschland wird von vielen Seiten eine grundlegende Reform dieses Systems gefordert [1]. Hauptkritikpunkte sind die negativen Auswirkungen der durch dieses System ausgelösten Ökonomisierung der Medizin, die fehlende Möglichkeit einer an einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgerichteten Krankenhausplanung, sowie der durch den ständigen

Rückkehr zum Kostendeckungsprinzip – jedoch ohne Fehlanreize

Kosteneinsparungsdruck ausgelöste Personalmangel, insbesondere in der Pflege. Mit zwei kürzlich beschlossenen Maßnahmen hat das Bundesgesundheitsministerium jetzt selbst eine solche Reform des DRG-Fallpauschalensystems angestoßen [2]: Ab 2019 werden Pflegepersonaluntergrenzen in besonders pflegesensitiven Bereichen wie z.B. Intensivstationen eingeführt. In den Folgejahren soll das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zu individuellem Pflegeaufwand eines gesamten Krankenhauses ermittelt werden und die Pflegepersonalkosten evtl. separat von den DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Diese Beschlüsse markieren somit erstmals wieder eine Rückkehr zum Kostendeckungsprinzip im Gesundheitswesen. In diesem Papier sollen Vorschläge für eine sachgerechte Umsetzung dieser Vorgaben unter dem speziellen Blick auf die Intensivmedizin dargelegt werden.

Ziele einer Reform

Mit den hier vorgestellten Maßnahmen sollten aus unserer Sicht folgende Ziele erreicht werden:

1. Die intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen sollten sachgerecht erfasst und kategorisiert werden. Für die jeweilige Versorgungsstufe sollten Strukturkriterien definiert werden.
2. Der Pflegeaufwand sollte mit speziell für die Intensivmedizin entwickelten, gut validierten und leicht anwendbaren Instrumenten innerhalb dieser Kategorien differenziert erfasst werden. Auf dieser Basis sollte eine Personalmindestbesetzung für die jeweilige Station errechnet werden und mit dem tatsächlich eingesetzten Personal ins Verhältnis gesetzt werden können.
3. Die Maßnahmen sollten eine der Bemessungsgrundlagen für eine sachgerechte und kostendeckende Vergütung der Pflegekosten im Rahmen einer umfassenden Reform der Krankenhausfinanzierung darstellen, welche Anreize für eine qualitativ hochwertige (intensiv)medizinische Versorgung setzt und gleichzeitig Fehlsteuerungsanreize soweit möglich vermeidet.

Kategorisierung der intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen

Die auf verschiedenen Intensivstationen behandelten Patienten können sich erheblich in der Art und Schwere der Krankheitsbilder wie auch im intensivmedizinischen und pflegerischen Aufwand unterscheiden. Wichtige Einflussfaktoren sind die Versorgungsstufe des Krankenhauses, die Art der behandelten

Patienten (z.B. konservativ vs. operativ) und die Organisationsstruktur der Intensivstation in Hinblick auf den Anteil von Intensivbehandlungsbetten, Intensivüberwachungsbetten und Intermediate-Care (IMC)-Betten.

Im DRG-Fallpauschalensystem wurde versucht, den intensivmedizinischen Aufwand bei Routinefällen, insbesondere die für jede Art von Notfallbehandlung notwendigen Vorhaltekosten direkt in die Fallpauschalen zu integrieren. Da dies den intensivmedizinischen Aufwand nicht ausreichend abbildete, wurde zunächst die OPS 8-980 „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ eingeführt und im weiteren Verlauf durch den OPS 8-98f „Aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ ergänzt, welcher besonders aufwändige und durch die bisherigen Fallpauschalen nicht erfassbare Hochkostenfälle speziell bei Maximalversorgern besser abbilden sollte [3,4]. Dieser Versuch ist prinzipiell gescheitert, da trotz ständiger Verschärfung der Strukturmerkmale zur Abrechnung dieses OPS auch viele Krankenhäuser außerhalb der Maximalversorgung versuchen, ihre intensivmedizinischen Fälle über diesen OPS abzurechnen und so zahlreiche Einzelfall- und Strukturprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ausgelöst werden. Mit der 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Einführung eines 3-stufigen Systems der stationären Notfallversorgung besteht nunmehr die Möglichkeit, Intensivstationen zunächst anhand der Zuordnung der Klinik in die Basisnotfallversorgung (Stufe I), erweiterte Notfallversorgung (Stufe II) oder umfassenden Notfallversorgung (Stufe III) einzuteilen. Solch ein System würde die Strukturvorgaben im OPS 8-980 und 8-98f ersetzen, sollte aber mit Strukturkriterien verbunden werden, die laut GBA-Beschluss auf der jeweiligen Versorgungsstufe erwartet werden [5]. Ein entsprechender Vorschlag wird derzeit auch vom Verband der Universitätsklinika (VUD) erarbeitet.

Dokumentation des Pflegeaufwandes und Berechnung einer Personalmindestbesetzung

In der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 5. Oktober 2018 wurde jedes Krankenhaus verpflichtet, dem InEK

Daten über zunächst vier pflegesensitive Bereiche, zu denen auch die Intensivstationen zählen, zu übermitteln. Die Schwierigkeit besteht darin, dass das InEK bislang folgende Behandlungseinheiten der Kostenstellengruppe Intensivstation zuordnet

1. Intensivbehandlung und Intensivüberwachung
2. Neonatologische Intensivstation
3. Kardiologische Wacheinheit
4. Intermediate Care (IMC)
5. Stroke Unit
6. Verbrennungen mit intensivmedizinischer Versorgung
7. Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte und Frührehabilitation bei intensivmedizinischer Versorgung

Die Heterogenität dieser Gruppe ist auf Anhieb ersichtlich und stellt nicht das dar, was die medizinischen Fachgesellschaften unter Intensivstationen verstehen. Es sollten daher minimale Strukturkriterien definiert werden, die für eine Einstufung als Intensivstation erfüllt werden müssen. Aus unserer Sicht wären dieses die strukturellen Mindestmerk-

Mindestens sechs Betten und drei Beatmungsplätze pro Intensivstation

male des OPS 8-980 (1. Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen. 2. Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“. 3. Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein) [3]. Zudem sollte die Station die Mindestanforderungen der Basisnotfallversorgung erfüllen [5]. Danach sollte eine Intensivstation mindestens sechs Betten vorhalten, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Für diese Stationen sollte jedes Krankenhaus die Anzahl der Behandlungsplätze mit dem dafür eingesetzten Pflegepersonal angeben und

dies mit Schichtplänen dokumentieren können.

Diese tatsächliche Personalbesetzung einer Intensivstation (=IST) sollte abgeglichen werden mit den Daten eines speziell für Intensivstationen entwickelten und validierten Instruments zur Erfassung des Pflegeaufwands (=SOLL). Das aus unserer Sicht derzeit geeignetste Instrument dafür ist das am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelte System INPULS. INPULS wird seit Jahren an den Universitätskliniken Heidelberg, Freiburg, Mannheim, Mainz und Berlin (Charité) eingesetzt und wird derzeit an allen übrigen Universitätskliniken in Baden-Württemberg eingeführt. Zudem ist es in zahlreichen anderen, nicht-universitären Kliniken im Einsatz. Dieses von Pflegekräften entwickelte System erfasst sehr umfassend alle relevanten Aspekte des Pflegeaufwandes auf einer Intensivstation mit einer Einteilung in sechs Pflegekategorien (PK 1-6) und erlaubt daraus auch eine Berechnung des Personalbedarfs mit einem Pflegeschlüssel von 1:1 bis 1:3. Die

hälnis gesetzt werden zu der tatsächlichen Personalbesetzung (=IST), somit Hinweise für eine pflegerische Unter- oder auch Überversorgung liefern und somit als Grundlage für eine kostendeckende Vergütung des Pflegepersonals über separate Pflegebudgets (s.u.) dienen.

Die bislang zur Berechnung der intensivmedizinischen Fallpauschalen eingesetzten Scores (SAPS II und TISS 10) sind dagegen zur differenzierten Erfassung des Pflegeaufwandes nur sehr eingeschränkt geeignet. Der SAPS II wurde entwickelt zur Mortalitätsabschätzung. Patienten mit metastasierender Tumorerkrankung, HIV und hohem Alter bekommen z.B. einen besonders hohen Punktwert zugeteilt, der nicht notwendigerweise mit dem pflegerischen oder sonstigen medizinischen Aufwand korreliert. Der TISS 10 beruht dagegen auf der Erfassung von ausgewählten zehn Maßnahmen, die entweder nur für sehr wenige Patienten relevant sind (z.B. intrakranielle Druckmessung) oder eine aggressive, nicht evidenzbasierte Intensivmedizin des letzten Jahrtausends erfassen (z.B. massive Volumentherapie, Gabe mehrerer Katecholamine, Anlage eines Pulmonalkatheters). Insgesamt belohnt das jetzige Abrechnungssystem nicht eine moderne, schnelle, schonende und qualitativ hochwertige Intensivtherapie mit hohem Personaleinsatz, aber kurzen Beatmungs- und Intensivverweildauern. Eine Reform des Systems sollte diese Fehlanreize abschaffen. Der erweiterte TISS-28 ermöglicht zwar möglicherweise etwas differenzierter, aber auch nicht vollständig die Erfassung aller relevanten Kriterien des Behandlungsaufwandes bei Intensivpatienten, enthält aber ebenfalls kritisierte Parameter, so dass der damit erfasste Pflegeaufwand vermutlich auch nur einen limitierten Bezug zum benötigten Pflegepersonal bzw. einem Pflegepersonalschlüssel aufweist.

Wir schlagen vor, dass der G-BA das InEK beauftragt, die an den Kalkulationshäusern erhobenen INPULS und TISS-28-Daten systematisch zu erfassen und gemeinsam mit den Strukturmerkmalen und Personaldaten der Intensivstationen sowie den bisherigen Kalkulationsdaten auszuwerten, um eine valide Grundlage für den Pflegeaufwand, die darauf basierende Personalbemessung und der daraus resultierenden Vergütung zu entwickeln.

INPULS-System erfasst den Pflegeaufwand präzise – im Gegensatz zu SAPS II und TISS 10

PK 1 und 2 entsprechen Überwachungs-/IMC-Patienten entsprechend dem Level of Care I (LOC I) der European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) [6] und entspricht einem Soll-Pflegeschlüssel von 1:3. PK 3 und 4 beschreiben Intensivpatienten (LOC II) mit einem Pflegeschlüssel von 1:2 (z.B. Patient unter maschineller Beatmung). Eine PK 5 und 6 mit einem Pflegeschlüssel von 1:1 ergibt sich bei einem High-level Intensivpatienten z.B. mit mehreren Organersatzverfahren, multiresistenten Erregern und/oder ECMO (LOC III). Die DIVI empfiehlt für Intensivpatienten (LOC II) ebenfalls ein Soll von einer Pflegekraft pro zwei Betten und bei einem hohen Anteil von Patienten mit multiplen Organersatzverfahren oder anderen komplizierenden Situationen (LOC III) bzw. zusätzlichen Aufgaben auch von 1:1 [7]. Die sich somit im Jahresmittel daraus ergebende Personalmindestbesetzung einer Intensivstation (=SOLL) kann ins Ver-

Solche Methoden sollten auch für die Pflegepersonalbemessung in anderen Bereichen entwickelt werden und grundsätzlich auch die ärztliche Versorgung entwickelt und angewendet werden. Dabei wird sich u.a. erweisen, dass für unterschiedliche Bereiche eines Krankenhauses unterschiedliche Messinstrumente notwendig sind. Unabhängig davon sollte sich bei einer Unterschreitung der SOLL-Personalstärke die Höhe der Vergütung an den IST-Kosten orientieren. Auf diese Weise entfällt der Anreiz, über einen Abbau von Personal Kosten einzusparen, und es entsteht ein Anreiz, die notwendige Personalstärke auch aufzubauen. Dies muss flankiert werden mit allgemeinen Maßnahmen zur Förderung und Attraktivitätssteigerung der Pflege, da ansonsten das benötigte Personal überhaupt nicht zur Verfügung steht.

Die bislang überwiegend zu Abrechnungszwecken erfassten Scores und OPS-Ziffern sollten weiterentwickelt und vielmehr als Instrument der transparenten intensivmedizinischen Leitungsdarstellung und Qualitätssicherung eingesetzt werden. Dies umfasst eine genaue Charakterisierung der intensivmedizinisch behandelten Patienten mit Erfassung eines Scores zur Prädiktion der Mortalität, eine tägliche Dokumentation der Krankheitsschwere (z.B. SOFA-Score) und die Abbildung der intensivmedizinischen Therapie (z.B. Beatmungsdauer, Einsatz von Beatmungsdauer mit Differenzierung nach eingesetzten Verfahren, Weaning-Maßnahmen, Einsatz anderer Organersatzverfahren). Um solche Daten flächendeckend aus der Routine heraus mit vertretbarem Aufwand ermitteln zu können, sind jedoch Investitionen in die IT-Infrastruktur der Krankenhäuser notwendig, deren Kosten im Rahmen der vorgeschlagenen Krankenhausreform (s.u.) über das Budget des Krankenhauses gegenfinanziert werden müssen.

Direkte Vergütung der Pflegekosten im Rahmen einer umfassenden Reform der Krankenhausfinanzierung

Das deutsche Krankenhaussystem ist im internationalen Vergleich gekennzeichnet durch eine hohe Anzahl von Krankenhäusern von z.T. geringer Größe, viele Krankenhausbetten, auffällig hohe Leistungszahlen und

schlechte Personalschlüssel. In Vergleich zu dem insgesamt hohen finanziellen Aufwand im deutschen Gesundheitssystem wird die Qualität als eher durchschnittlich bewertet [8]. Viele Stimmen im Gesundheitssystem fordern als Lösung eine gezielte Fusionierung, Schließung oder Umwandlung ausgewählter Kliniken in Ballungszentren oder bestimmten ländlichen Regionen in sog. Inte-

Der finanzielle Aufwand im deutschen Gesundheitssystem ist hoch, die Qualität jedoch nur durchschnittlich

griierte Versorgungszentren [9,10]. Das so freigesetzte Personal müsste an die verbleibenden Standorte umverteilt werden, um die Personalbesetzung dort wieder auf ein angemessenes Niveau zu bringen und so die erbrachte Qualität zu verbessern.

Mit dem bisherigen System der Fallpauschalen-basierten Krankenhausfinanzierung ist eine solche Reform jedoch nicht umsetzbar, da eine Zusammenführung von Personal an einen Standort nicht durch eine entsprechende Steigerung der Fallzahlen gegen zu finanzieren ist. Vielmehr sollten Überkapazitäten in bestimmten, bislang wirtschaftlich besonders lukrativen Bereichen der stationären Krankenversorgung gezielt reduziert werden und andere wichtige, aber eher unterversorgte Bereiche (z.B. Notfallversorgung, Geriatrie) gezielt gestärkt werden. Dafür sind kompetent zusammengesetzte und gesetzlich entsprechend befugte Gremien für eine regionale und überregionale Krankenhausstrukturplanung erforderlich.

Die in diesem Papier genannten Zielvorgaben lassen sich durch ein 4-stufiges System der Krankenhausfinanzierung am besten lösen:

1. Basisbudget: Über das Basisbudget werden die Personal-, Infrastruktur- und Investitionskosten eines Krankenhauses abgedeckt. In dieses Budget gehen auch die Vorhaltekosten bzw. die besonderen Mittel für die Notfallversorgung (einschl. Intensivmedizin) und die universitäre Spitzenmedizin ebenso wie Maßnahmen zur Qualitätsförderung oder Finanzierung der Aus- und Weiterbildung ein. Auch die

Kosten für Verwaltung, IT, Energie etc. wären in einem solchen Budget enthalten und könnten bei Veränderungen der Kosten rasch angepasst werden. Die Ankündigung des Bundesgesundheitsministeriums, die Kosten zusätzlicher Pflegekräfte vollständig zu finanzieren, könnte direkt über eine Erhöhung dieses Basisbudgets erfolgen. Auch die Schließung einzelner Krankenhausstandorte oder -abteilungen mit Verlagerung des Personals an andere Standorte könnte direkt über Anpassungen dieser Budgets abgebildet werden. Die Verteilung der Budgetanteile auf die jeweiligen Krankenkassen erfolgt auf der Basis der abgerechneten Fallpauschalen.

2. Fallpauschalen: Die Fallpauschalen werden um die obigen Kostenanteile bereinigt und decken die verbleibenden Sachkosten eines Falles ab (z.B. Diagnostik, Medikamente, Verbrauchsmaterialien). Dabei sollte aber auch die immer bedeutsamer werdende Multimorbidität der Patienten adäquat abgebildet werden. Die so erhobenen Daten und Kennzahlen sollten eine genaue Abbildung des Leistungsspektrums einer Klinik ermöglichen, die auch in die Berechnung des Basisbudgets (siehe 1.) eingeht. Es besteht weiterhin ein sinnvoller Anreiz zur kostenbewussten und effizienten Patientenversorgung im Gesundheitswesen.
3. Zusatzentgelte: Besonders aufwändige und teure Leistungen werden durch kos-

Nachweis könnte in Form bestimmter Zertifizierungen erfolgen. Bei Nachweis von deutlichen Qualitätsmängeln sind dagegen Gegenmaßnahmen zu definieren und umzusetzen.

Ausgangspunkt für Budgetverhandlungen in der Umstellungsphase wären alle Einkünfte und Ausgaben im Bereich der stationären Krankenversorgung und der Notfallversorgung in der letzten Jahresabschlussrechnung eines Krankenhauses. Gesondert ausgewiesen werden sollten integrierte Notfallzentren (INZ) an den Krankenhäusern, in den Krankenhäusern und Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam die ambulante Notfallversorgung organisieren.

Die medizinischen Dienste der Krankenkassen oder eine andere staatliche Instanz sollten die Gesamtheit der in diesem System generierten Daten prüfen und vergleichend auswerten können. Die Notwendigkeit von Einzelfallprüfungen zur Kontrolle einzelner Rechnungen sollte sich jedoch drastisch reduzieren lassen. An Stelle dessen sollten bei auffälligen Daten Strukturprüfungen einer Kommission vor Ort treten nach dem Vorbild von Zertifizierungen oder eines Peer Review. Einnahmen und Ausgaben im Bereich der elektiven ambulanten Versorgung (z.B. Hochschulambulanzen, elektive ambulante Operationen, diagnostische Untersuchungen und interventionelle Eingriffe) sollten ebenfalls gesondert ausgewiesen und nach speziell für den ambulanten Bereich erstellten Gebührenordnungen abgerechnet werden. Auf diese Weise würde u.E. auch ein Anreiz entfallen, ambulant durchführbare Eingriffe über eine stationäre Aufnahme „aufzuwerten“. Ggf. könnte dieses System aber auch (teil-)stationäre Leistungen an kleinen, nicht an der Notfallversorgung teilnehmenden Privatkliniken mit umfassen. Der besondere Aufwand der Hochschulambulanzen oder vergleichbarer ambulanter Einrichtungen bei der Versorgung komplexer Patienten sollte in einem solchen System aber ebenfalls berücksichtigt werden.

Bonuszahlungen für aufwändige Leistungen und hohe Qualität

tendeckende Zusatzentgelte abgedeckt, die aber keine finanziellen Anreize zur Fallzahlsteigerung dieser Verfahren bieten.

4. Qualitätszuschläge: Bei Erfüllung von bei Erfüllung von Qualitätszielen in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollten die Krankenhäuser einen Anspruch auf Bonuszahlungen in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes des Basisbudgets erwerben können, die auch als Gewinn verbucht werden können. Der

Fazit

Aus unserer Sicht sind die vom Bundesgesundheitsministerium eingeleiteten Maßnahmen erste, aber noch nicht ausreichende

Schritte, um die durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen ausgelösten negativen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen zu revidieren. Eine wirklich positive Wirkung werden sie aber nach unserer Meinung nur entfalten können, wenn sie eingebettet sind in wesentlich weitergehende Reformen der Krankenhausfinanzierung. Wenn sich für die von uns hier vorgestellten Konzepte ein Konsens bei allen im Gesundheitswesen Beteiligten finden ließe, könnte es vielleicht gelingen, die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern, oh-

ne die Gesellschaft durch wesentliche finanzielle Mehraufwendungen zu belasten.

*Literatur beim Verlag abrufbar unter
plexus@pabst-publishers.com*

Prof. Dr. med. Reimer Riessen

Leiter der Internistischen Intensivstation 93
Universitätsklinikum Tübingen
Otfried-Müller-Str. 10
72076 Tübingen
reimer.riessen@med.uni-tuebingen.de

Vermeintliches Wachkoma häufig falsch diagnostiziert: Patientin nach 27 Jahren "erwacht", aber behindert

Nach 27 Jahren ist eine Frau - so sagen es ihre Ärzte aus Bad Aibling - aus dem Wachkoma aufgetaucht und hat nach ihrem Sohn gerufen. Ihre Geschichte begann wie die vieler Wachkoma-Patienten. Ein Verkehrsunfall hatte das Hirn der damals 32-Jährigen so schwer geschädigt, dass ihr Körper - Kreislauf, Atmung und Ernährung - nur durch die Hilfe medizinischer Apparaturen funktionieren konnte. Was dagegen in ihrem Kopf vorging, lässt sich allenfalls erahnen.

Wachkoma, in der Medizinersprache „Syndrom reaktionsloser Wachheit“ genannt, ist ein seltsamer Zwischenzustand. Die Betroffenen sind nicht komplett von der Welt abgeschottet, wie die Koma-Patienten, die ihre Augen auch auf stärkste Reize hin nicht öffnen. Sie befinden sich aber auch nicht in jenem minimalen Bewusstseinszustand, den Ärzte diagnostizieren, wenn Patienten zaghafte Reaktionen auf ihre Umwelt zeigen, indem sie etwa einem Gegenstand mit dem Blick folgen.

Patienten im Wachkoma öffnen immer wieder die Lider, scheinen aber nichts wahrzunehmen. „Der Patient

liegt wach da mit offenen Augen. Der Blick starrt gerade oder gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her. Auch der Versuch, die Aufmerksamkeit hinzulenken, gelingt nicht oder höchstens spurweise“, beschrieb der Psychiater Ernst Kretschmer das Phänomen 1940. Die Patienten zeigen zudem einen Tag-Nacht-Rhythmus und einige Reflexe. Zwischen 1500 und 5000 Patienten soll es in Deutschland geben.

Tatsächlich aber ist es schwierig, die einzelnen Bewusstseinszustände voneinander abzugrenzen. Bis zu 43 Prozent aller vermeintlichen Wachkoma-Patienten sind wahrscheinlich falsch diagnostiziert und haben ein mindestens minimales Bewusstsein, heißt es in einer Übersichtsarbeit im Deutschen Ärzteblatt. Zudem scheinen Untersuchungen an den Gehirnen von Wachkoma-Patienten darauf hinzudeuten, dass tief im Kopf vielleicht doch mehr vor sich geht als angenommen. Werden sie beispielsweise aufgefordert, mit den Zehen zu wackeln, bleiben die Füße zwar regungslos, im Gehirn aber zeigen sich bisweilen typische Aktivitätsmuster. Wie diese Be-

funde zu interpretieren sind, ist umstritten.

Diese Unklarheiten machen es auch schwer einzuschätzen, wie groß das Wunder des späten Erwachens tatsächlich ist. Dass Patienten aus dem Wachkoma wieder zu Bewusstsein kommen können, ist bekannt. Häufiger aber geschieht dies nach einigen Monaten, seltener Jahren. Oft wechseln die Patienten auch nur in einen Zustand minimalen Bewusstseins. Eine Rückkehr zur geistigen Klarheit nach 27 Jahren ist sehr ungewöhnlich. Was in Bad Aibling die Wende brachte, ist unbekannt. Der Fall ist weder von unabhängigen Wissenschaftlern begutachtet noch in einer Fachzeitschrift beschrieben worden.

Einige spektakuläre Fälle der Vergangenheit beruhten vermutlich auf Fehldiagnosen.

Die in Bad Aibling behandelte Frau ist mittlerweile in ihre Heimat, die Vereinigten Arabischen Emirate, zurückgekehrt. Sie kann sprechen und mit einer Hand Bewegungen machen, ist aber weiter auf Pflege angewiesen. Auch dies ist ein typisches Schicksal ehemaliger Wachkoma-Patienten.