

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Gesundheitspolitik 2006 Es gibt viel zu tun!

Der Koalitionsvertrag ist unterschrieben und die Bundeskanzlerin ist gewählt worden. Es kann nunmehr regiert werden. Gespannt schauen alle Akteure im deutschen Gesundheitswesen in die Zukunft, da der geschlossene Koalitionsvertrag manches Rätsel aufgibt. Dominiert wird der Koalitionsvertrag von der Haushaltssanierung, Steuer-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik. Die Gesundheitspolitik musste in die zweite Reihe treten.

Positiv fällt auf, dass sich beide Parteien zu einem leistungsfähigen Gesundheitswesen bekennen, das auch zukünftig eine qualitativ hoch stehende Versorgung bei solidarischer und bedarfsgerechter Finanzierung gewährleisten soll. Dies muss man nicht als wohlklingenden Allgemeinplatz werten, sondern als Zusage, die GKV auf hohem Niveau weiterzuentwickeln. Auf jeden Fall klingt an keiner Stelle an, dass zukünftig ganze Leistungspakete gestrichen oder der Leistungskatalog verändert werden sollen. Hier hat sich anscheinend die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Weg in die Privatisierung von Leistungen in die Sackgasse führt.

Für die Gesundheitspolitik hält der Koalitionsvertrag gleichwohl Maßnahmen zur Kostendämpfung und Verbesserung der Versorgung bereit. Ein Flickenteppich aus Zielstellungen, Problemen, Prüfaufträgen und Lösungsansätzen wird ausbreitet. Aufgabe der anstehenden Präzisierung und gesetzestechnischen Feinarbeit ist es, die einzelnen Maßnahmen nun ordentlich umzusetzen. Erst dann kann bilanziert werden, ob „eher Licht oder eher Schatten“ regieren.

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitspolitik 2006**
Es gibt viel zu tun!
- **Ein Netzwerk kämpft für die Darmkrebsvorsorge**
Netzwerk gegen Darmkrebs e.V.
- **Internet macht's möglich**
Klinik-Lotse hilft ein geeignetes Krankenhaus zu finden
- **Qualitätsoffensive in Arztpraxen**
Neues Hausarztmodell der Arbeiter-Ersatzkassen

Der unversöhnliche Gegensatz zwischen „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ verhinderte eine politische Einigung über die Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung. Die Finanzierungsfragen und damit eine baldige Stabilisierung der Einnahmen der GKV wurden vorerst auf Eis gelegt. Das Ringen zwischen den Haushalts- und Gesundheitspolitikern am Verhandlungstisch findet sich im Text des Vertrages wieder: Einige konkrete Maßnahmen zu einer möglichst schnellen finanziellen Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden durch Maßnahmen zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes konterkariert.

Beispiel Sparmaßnahmen bei den Arzneimitteln. Hier hätten die Sanierer – nach klarer Vorwarnung von Seiten der Krankenkassen – darauf ach-

ten müssen, dass sie die Lohnnebenkosten per höherer Mehrwertsteuer nicht selbst zusätzlich belasten. Die GKV kostet ein zusätzlicher Prozentpunkt Mehrwertsteuer rd. 295 Mio. Euro Mehrausgaben im Jahr. Gerade bei der drastischen Erhöhung um drei Prozentpunkte ab 2007 müsste – analog zu vielen anderen EU-Staaten – endlich der ermäßigte Mehrwertsteuersatz für Arzneien gelten.

Die Haushaltspolitik langt auch bei der Erstattung versicherungsfremder Leistungen zu. Der bei der letzten Gesundheitsreform vereinbarte Steuerzuschuss soll schrittweise auf Null zurückgeführt werden. Dabei hatte man sich gerade erst vor zwei Jahren verständigt, dass die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Steuermittel sinnvoll und notwendig ist.

Im Gesamtergebnis steht die GKV durch die von der Koalition vereinbarten Maßnahmen finanziell schlechter da, als im gegenwärtigen Status. Da das Sparpaket bei den Arzneimitteln dem Vernehmen nach erst zum April 2006 in Kraft treten soll, ist seine ausgabendämpfende Wirkung für das kommende Jahr begrenzt. Zudem haben die Sparmaß-

nahmen erfahrungsgemäß nur einen Einmaleffekt. Insbesondere wegen der Struktur- bzw. Innovationskomponente wird durch die Arzneimittel daher schon bald neuer Ausgabendruck entstehen. Aufgrund dieser Entwicklungen muss ab 2007 wieder mit steigenden Beiträgen gerechnet werden.

Die im Koalitionsvertrag enthaltenen Einzelmaßnahmen müssen jetzt sorgfältig und schnell umgesetzt werden, damit die GKV in 2006 finanziell entlastet wird. Die geplante schrittweise Rückführung des Steuerzuschusses für versicherungsfremde Leistungen und die Belastungen durch die Mehrwertsteuererhöhung ab 2007 konterkarieren demgegenüber die Sparbemühungen. Um mittel- bis langfristig dem kontinuierlichen Beitragsanstieg entgegen zu wirken, sind weitere Reformen notwendig. Zum einen muss die Einnahmeseite der GKV stabilisiert werden. Zum anderen müssen der medizinisch nicht begründete Ausgabenanstieg begrenzt sowie Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden. Hier wird entscheidend sein, wie der Gesetzgeber die Programmsätze und Zieldefinitionen der Koalitionsvereinbarung in konkrete Reformmaßnahmen umsetzt. Es gibt viel zu tun!

DER KOMMENTAR



Christian Bredl,
Leiter der Ersatzkassenverbände
in Bayern

Die Gefahr ist real

Man muss nicht Cassandra sein, ob jetzt schon sagen zu können: Wenn die Bundesregierung in der Gesundheitspolitik bei dem bleibt, was im Koalitionsvertrag steht, werden die Krankenkassenbeiträge in absehbarer Zeit steigen. Der Finanzdruck auf die Krankenkassen nimmt zu. Und es ist nicht erkennbar, wie diese Entwicklung gestoppt werden kann.

Die überraschende Abkehr der Koalitionäre von der zuerst propagierten Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen ist für die Ersatzkassen nicht nachvollziehbar. Die beschlossene komplette Streichung des bisherigen Bundeszuschusses für gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Leistungen belastet die GKV jährlich mit 4,2 Mrd. Euro! Zusammen mit der ab 2007 wirkenden Mehrwertsteuererhöhung macht diese Belastung gut 0,5 Beitragsatzpunkte aus.

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Reduzierung der nicht medizinisch bedingten Arzneimittelkosten allein können diese Mehrbelastungen nicht kompensieren. Sie werden nicht einmal ausreichen, um den jährlich stattfindenden Ausgabenschub bei Medikamenten auszugleichen.

Die Ersatzkassen bedauern, dass die Koalitionäre die Reformen im Krankenhausbereich überhaupt nicht in Angriff nehmen. Dieser Bereich ist nämlich der zweite Hauptkostentreiber in der GKV zurzeit. Wegen der zahlreichen Ausnahmen im neuen Vergütungssystem und der falsch gesetzten Anreize, die zur Ausweitung von medizinisch nicht begründeten Krankenhausleistungen führen, muss auch hier für die nächsten Jahre mit beitragsatzrelevanten Ausgabenzuwächsen gerechnet werden.

Die vereinbarten Nullrunden für Rentner und Sparmaßnahmen beim ALG II werden demnächst eine Stagnation, wenn nicht gar einen Rückgang der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen bewirken. Auf die Frage, wie all diese beitragsatztreibenden Faktoren neutralisiert werden sollen, gibt die Koalitionsvereinbarung keine Antwort.

Die Antwort der Ersatzkassen auf diese Frage lautet: Die Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite vorgenommen werden. Um die Krankenkassenbeiträge kurz-, mittel- und langfristig zu stabilisieren, muss man mit nachhaltigen Maßnahmen die Unwirtschaftlichkeiten in der Arzneimittel- und in der Krankenhausversorgung reduzieren und die Einnahmen der Krankenkassen stärken.

Ein Netzwerk kämpft für die Darmkrebsvorsorge

von Dr. Christa Maar

Jedes Jahr erkranken in Deutschland 66.000 Menschen an Darmkrebs, wovon 29.000 die Krankheit leider nicht überleben. Auf Initiative der Felix Burda Stiftung wurde im Juni 2004 der Verein „Netzwerk gegen Darmkrebs“ gegründet. Der Verein hat das Ziel, die Anzahl der Neuerkrankungen durch Förderung der Darmkrebsvorsorge drastisch zu reduzieren. Denn das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, lässt sich durch Vorsorgeuntersuchungen erheblich senken, da bei der Untersuchung bereits Vorformen von Darmkrebs, so genannte Polypen, entdeckt und entfernt werden können bevor diese zu Krebs entarten. Dennoch nutzen noch viel zu wenige Menschen in Deutschland die Chance der Darmkrebsvorsorge. Teilweise aus Unwissenheit, teilweise aus unbegründeter Angst vor der Untersuchung oder weil sie gar nicht wissen, dass sie aufgrund ihres Alters oder ihrer Familiengeschichte ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben. Die Darmkrebsvorsorge in die betrieblichen Mitarbeitervorsorgeprogramme zu integrieren, ist daher auch eines der zentralen Projekte, die das Netzwerk gegen Darmkrebs mit unterstützt und fördert.

„Darmkrebsmonat März“

Zudem dient das Netzwerk generell der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens sowie der Forschung auf dem Gebiet der Entstehung, Vorsorge, Erkennung und Bekämpfung von Darmkrebs. Alljährlich unterstützt der Verein zudem die Arbeit der Felix Burda Stiftung im „Darmkrebsmonat März“. In diesem Aktionsmonat wird die Bevölkerung mit vielen öffentlichkeitswirksamen Projekten und Aktionen gezielt über die Chancen der Darmkrebsvorsorge informiert und dazu motiviert, selbst aktiv teilzunehmen.



Christian Bredl, Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern, und Dr. Christa Maar, Präsidentin des Netzwerkes gegen Darmkrebs e.V. und Vorstand der Felix Burda Stiftung.



**netzwerk
gegen darmkrebs**

men. Die Netzwerkstruktur ermöglicht generell

eine bessere Vernetzung und Ausweitung der strategischen Darmkrebsfrüherkennung. Dadurch wird eine optimale überregionale und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspolitik, Patientenvertretern, Leistungsträgern und Ärzten erreicht.

Ein wichtiges Anliegen des Netzwerkes ist es, die Begegnung und den Austausch zwischen Patienten und Medizinern im Rahmen von Symposien oder Diskussionsveranstaltungen zu fördern. Gleichzeitig sollen die Ergebnisse dieser Begegnungen gezielt in die wissenschaftliche Forschung einfließen. Dadurch wird letzten Endes die Behandlung effizienter und patientenfreundlicher werden. Besonderes Augenmerk gilt auch der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und medizinischem Pflegepersonal. Die erste Arbeitskonferenz des Netzwerkes fand im Vorfeld des Deutschen Krebskongresses Ende Februar 2004 in Berlin statt. Im Rahmen der Konferenz wurden in Workshops konkrete Handlungskonzepte ausgearbeitet, die von dem Verein nun umgesetzt werden.

Mitglied werden!

Mitglied im Netzwerk können alle interessierten Personen, Institutionen, Organisationen und Unternehmen werden, die sich für das Thema Darmkrebsvorsorge interessieren und engagieren möchten. Mit dem monatlich erscheinenden E-Mail-Newsletter werden alle Mitglieder über die verschiedenen Projekte, Termine und News der Netzwerkpartner informiert. Die Finanzierung der Geschäftsstelle über die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und die ideelle Unterstützung des VdAK bei der Planung und Durchführung vieler Projekte und Aktionen ist eine der tragenden Säulen des Netzwerkes. Mit der dem Länderreport beigelegten Beitrittserklärung können auch Sie bzw. Ihre Organisation ein Teil dieses aktiven Netzwerkes werden – machen Sie mit!

Weitere Informationen finden Sie unter www.netzwerk-gegen-darmkrebs.de.

Die Geschäftsstelle des Netzwerkes ist telefonisch unter 089 / 92 50 17 48

oder per Email unter anja.kropp@netzwerk-gegen-darmkrebs.de erreichbar.

Internet macht's möglich

Klinik-Lotse hilft ein geeignetes Krankenhaus zu finden

Der moderne Mensch ist ein mündiger Versicherter und Patient, der sich umfassende und frei zugängliche Informationen über die Qualität der medizinischen Leistungen wünscht. Diesem Wunsch wird mit zahlreichen Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz und Selbstverantwortung im Gesundheitswesen entsprochen. Ein Beispiel dafür sind die strukturierten Qualitätsberichte der zugelassenen Krankenhäuser, die in diesem Jahr zum ersten Mal veröffentlicht wurden.

Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten

Die Qualitätsberichte sollen zum einen Informationen und Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten vor einer Krankenhausbehandlung bieten und zum anderen als Orientierungshilfe für behandelnde Ärzte und Krankenkassen bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten im Krankenhaus dienen. Außerdem geben die Qualitätsberichte den Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität transparent nach außen darzustellen.

Die gesetzlichen Krankenkassen wurden vom Gesetzgeber beauftragt, Qualitätsberichte vollständig und unverändert zu veröffentlichen. Des Weiteren erhielten sie den Auftrag, auf der Basis der in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen Versicherte sowie Vertragsärzte vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen.

Klinik-Lotse zugänglich für alle

Nachdem fast alle von mehr als 2.000 Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte für das Jahr 2004 geliefert hatten, waren die Krankenkassen an der Reihe, ihre Verpflichtung zu erfüllen. Die Ersatzkassenverbände entwickelten eine Internetsuchmaschine, die auf die gelieferten Qualitätsberichte zurückgreift, und machten sie im Oktober 2005 frei zugänglich. Sie heißt der Klinik-Lotse und ist unter www.klinik-lotse.de zu finden.

Die Ersatzkassenverbände haben es sich nicht leicht gemacht. Grundlage der Recherche sind alle verfügbaren und komplexen Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten sowie zur Qualitätssicherung der einzelnen Krankenhäuser. Da die Ersatzkassenverbände sich in besonderer Weise der Transparenz und Offenheit verpflichtet fühlen, haben sie sich bewusst gegen eine „Exklusivlösung“ entschieden. Das heißt: Die Ersatzkassen und ihre Verbände stellen mit dem Klinik-Lotsen auf ihren Homepages nicht nur ihren eigenen Versicherten, sondern der breiten Öffentlichkeit ein vielseitiges Instrument mit umfangreichen Recherche- und Vergleichs-

möglichkeiten bei der Suche nach Krankenhäusern zur Verfügung.

Klinik-Lotse zeigt den Weg

Detaillierte Suchfunktionen ermöglichen eine umfassende Recherche nach geeigneten Kliniken in allen Regionen Deutschlands. Um die Orientierung zu erleichtern, bietet der Klinik-Lotse auch direkte Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Krankenhäusern an. Wenn ein Versicherter beispielsweise ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe sucht, in dem er sich einer Kniegelenkoperation unterziehen soll, kann ihm der Klinik-Lotse dabei helfen. Der Patient kann erfahren, welche Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte ein Krankenhaus hat oder welche Geräte vorhanden sind. Er erhält die Information über die vom Krankenhaus angebotenen zusätzlichen therapeutischen Möglichkeiten. Auch über die Möglichkeit einer ambulanten Operation im Krankenhaus bekommt der Patient Auskunft. Solche Informationen konnte der Patient bisher nicht strukturiert und nicht in diesem Umfang erhalten.

Die Qualität eines Krankenhauses erkennt man unter anderem daran, ob es sich an den Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung beteiligt und welche Ergebnisse (beispielsweise Sterblichkeits- oder Komplikationsraten) das Krankenhaus davon veröffentlicht hat. Ein wichtiges Qualitätsmerkmal ist auch die Häufigkeit einer bestimmten Operation, die im betroffenen Krankenhaus durchgeführt wird. Denn auch im Gesundheitswesen gilt, Übung macht den Meister.

Suche leicht gemacht

Die Qualitätsberichte sollen verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen medizinischen Vorkenntnissen und Interessen ansprechen. Die Informationen müssen einerseits für den medizinischen Laien verständlich sein, andererseits auch detailliert genug, um Krankenkassen und Ärzten eine fundierte Einschätzung des Leistungsspektrums und der Qualität eines Krankenhauses zu erlauben. Diesem Anspruch wollen die Ersatzkassenverbände mit dem Klinik-Lotsen gerecht werden. Deshalb wird sowohl eine einfache Stichwortsuche als auch eine detaillierte Suche nach Bettenzahl oder Fallzahl, nach DRGs, Hauptdiagnosen, Prozeduren oder ambulanten Operationen angeboten.

Speziell für medizinische Laien, die sich in der DRG-Systematik nicht zurecht finden oder bestimmte Fachausdrücke nicht kennen, werden umfangreiche Hilfsfunktionen sowie ein ausführliches Glossar angeboten. Sollten sich noch zusätzliche Fragen ergeben, erreicht der Versicherte den richtigen Ansprechpartner bei seiner Krankenkasse über eine E-Mail-Kontaktadresse. Da alle Er-

satzkassenmitarbeiter ebenfalls auf die Suchmaschine zugreifen können, ist diese auch eine wichtige Informationsquelle für persönliche Beratungsgespräche mit Versicherten.

Wer bietet bessere Information?

Der allseits gewünschte Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen findet auch im Bereich der Versicherteninformation statt. Da die Krankenkassen alle gleichermaßen per Gesetz verpflichtet sind, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu veröffentlichen, geht es im Informationswettbewerb darum, welche Kasse die vorliegenden Daten besser, d.h. kundenfreundlicher und daher nützlicher, aufbereitet. Es lohnt sich die bereits vorhandenen Informationssysteme auf der Basis der Krankenhausqualitätsberichte zu vergleichen. Während die Ersatzkassen und ihre Verbände den Klinik-Lotsen der breiten Öffentlichkeit ohne Einschränkung zur Verfügung stellen, bietet z.B. die AOK den Krankenhaus-Navigator bzw. Klinik-Konsil nur ihren Versicherten an. Während der Klinik-Lotse auf den vollständigen Informationen aus den Qualitätsberichten basiert, verwendet die AOK für den Krankenhaus-Navigator nur ausgewählte eigene Abrechnungsdaten.

Der Klinik-Lotse bietet eine Qualitätsdarstellung anhand verschiedener Indikatoren wie Häufigkeit durchgeführter Operationen, Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung, krankenhausindividuelle Kennzahlen, Anzahl und Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals. Dagegen bieten der Krankenhaus-Navigator und das Klinik-Konsil als einzige Qualitätsindikatoren die Anzahl durchgeführter Operationen bei ausgewählten Leistungen, das Durchschnittsalter und die durchschnittliche Verweildauer an.

Unterscheiden und vergleichen

Den Klinik-Lotsen zeichnet ein hoher Differenzierungsgrad der Suche aus. Alle Suchbegriffe können kombiniert werden, es kann nach Stichworten, nach vorgegebenen Suchbegriffen oder nach der gewünschten Fall- oder Bettenzahl gesucht werden. Im Krankenhaus-Navigator bzw. im Klinik-Konsil kann im gewählten Fachgebiet nur entweder nach einer vorgegebenen Diagnose oder nach Prozedur gesucht werden. Eine Suche in den Inhalten der Qualitätsberichte ist nicht vorgesehen.

Der Klinik-Lotse bietet umfangreiche Vergleichsmöglichkeiten an. Direkt und komfortabel kann der Interessent mit einem Klick beispielsweise sehen, welche anderen Krankenhäuser denselben Versorgungsschwerpunkt haben bzw. wie oft andere Krankenhäuser eine bestimmte Operation durchführen. Im Krankenhaus-Navigator kann der Suchende nur anhand einer Tabelle der aus-

gewählten Leistungen nach fünf Häufigkeitsstufen bzw. nach der durchschnittlichen Verweildauer und Durchschnittsalter vergleichen. Ein Vergleich von Informationen aus den Qualitätsberichten ist nicht möglich.

Der Klinik-Lotse liefert eine strukturierte Darstellung der komplexen Informationen der Qualitätsberichte. Eine geographische Darstellung erleichtert es, den Überblick zu behalten. Sowohl ein medizinischer Laie als auch die Fachöffentlichkeit können nach ihren Interessen und Bedürfnissen einfach oder detailliert recherchieren. Ein umfangreiches Glossar und diverse Assistenten helfen bei der Suche. Die ausgewählten Informationen des Krankenhaus-Navigators bzw. des Klinik-Konsils erlauben eine übersichtliche Darstellung, löschen aber nicht unbedingt den Informationsdurst des Suchenden.

Die Güte einer solch aufwändigen Suchmaschine wie der Klinik-Lotse ist letztlich von den gelieferten Inhalten abhängig. Viele Krankenhäuser haben offensichtlich immer noch nicht erkannt, was für ein wirksames Instrument der Selbstdarstellung der Qualitätsbericht für sie ist. Die ersten Erfahrungen mit der Veröffentlichung der Qualitätsberichte in diesem Jahr machten sowohl technische als auch inhaltliche Probleme deutlich. So haben sich bedauerlicherweise nur wenige Krankenhäuser an das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene einheitliche Datensatzformat orientiert. Das führte zu mühsamen und umfangreichen Umformatierungen.

Qualitätssicherung – ein lernendes System

Mit dem Klinik-Lotsen haben die Ersatzkassen einen wichtigen Schritt hin zu mehr Transparenz im Krankenhausbereich getan. Grundsätzlich gilt auch für die strukturierten Qualitätsberichte: Qualitätssicherung ist immer ein lernendes System. Daher werden die erstmalig gelieferten Qualitätsberichte darauf genau untersucht, ob die Qualität der bereitgestellten Informationen zukünftig noch weiter gesteigert werden kann. Eine technische Forderung der Ersatzkassen lautet: Die vorgegebenen Formate für die Datenlieferung müssen unbedingt verwendet werden. Auch eine inhaltliche Forderung der Ersatzkassen steht bereits fest: Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, künftig die Ergebnisse der Qualitätssicherung wie z.B. Komplikations- und Sterblichkeitsraten zu veröffentlichen.

Der Erfolg der Suchmaschine Klinik-Lotse hängt aber letztendlich davon ab, ob die Versicherten und Patienten sie in Anspruch nehmen und mit ihrer Hilfe die Antworten auf ihre Fragen finden. Für die Ersatzkassen sind auch die kritischen Rückmeldungen und Änderungsvorschläge der Suchenden von großer Bedeutung, denn nur so kann der Klinik-Lotse weiter verbessert werden.



Qualitätsoffensive in Arztpraxen

Neues Hausarztmodell der Arbeiter-Ersatzkassen

Für mehr als 230.000 Versicherte der Arbeiter-Ersatzkassen in Bayern besteht ab dem 1. Januar 2006 die Möglichkeit, eine verbesserte hausärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Bayern und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) haben zwei bundesweit in dieser Form bislang einmalige Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besseren Kooperation von Fach- und Hausärzten unterzeichnet. Im Rahmen eines neuartigen Hausarztmodells, dem ein medizinisch fundiertes und wissenschaftlich begleitetes Konzept zu Grunde liegt, erhalten die eingeschriebenen Patienten künftig eine vernetzte medizinische Versorgung auf hohem Niveau. An diesem Modell können die Versicherten der Gmünder ErsatzKasse (GEK), der HZK-Krankenkasse für Bau- und Holzberufe und der KEH Ersatzkrankenkasse teilnehmen.

Durchbruch in der Behandlungsqualität

Die Unterzeichnung der Verträge kann mit Fug und Recht als Durchbruch in der Behandlungsqualität bezeichnet werden. Das Hausarztmodell basiert auf einem behandlungsorientierten Qualitätskonzept und entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse. Es besticht durch folgende Merkmale: Erstens: Die medizinische Behandlung folgt den allgemein anerkannten evidenzbasierten und zugleich praxiserprobten Leitlinien. Zweitens: Ein praxisinternes Qualitätsmanagement wird eingeführt. Drittens: Der Hausarzt nimmt an den zertifizierten Fortbildungen der Ärztekammer zu den relevanten Themen teil (z. B. patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Geriatrie, Prävention, strukturierte Behandlung chronisch Kranker). Und viertens: Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, am Arzneimittelmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns teilzunehmen.

Der Hausarzt bekommt in diesem Modell eine zentrale Rolle bei der medizinischen Betreuung der Versicherten. Er übernimmt nicht nur die übliche Behandlung seiner Patienten, sondern koordiniert und steuert auch die fachärztliche Tätigkeit sowie das Behandlungsgeschehen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt.

Fach- und Hausärzte arbeiten eng zusammen

Eine Besonderheit der unterschriebenen Verträge ist die Einbeziehung der Fachärzte. Die Kooperation und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten soll verbessert werden. Das Spezialwissen der Fachärzte wird für die Versicherten im Hausarztmodell genutzt. Der Hausarzt kann vor einer Krankenseinweisung bei geeigneten Fällen die Zweitmeinung eines Facharztes einholen. Somit wird sichergestellt, dass überflüssige Einweisungen ins Krankenhaus vermieden werden und gegebenenfalls eine ambulante fachärztliche Versorgung oder eine ambulante Operation erfolgen kann. Wenn eine akute Behandlungsbedürftigkeit durch einen Facharzt besteht, kann auch ein Facharzt ausnahmsweise direkt angesprochen werden. Wichtig ist es, dass danach der Facharzt den Kontakt zum behandelnden Hausarzt aufnimmt.

Wie funktioniert das Hausarztmodell genau? Der Patient wählt einen am Modell beteiligten Hausarzt als Arzt seines Vertrauens, der ihn behandelt und bei Bedarf weiter begleitet. Der behandelnde Arzt hat den Überblick über alle Belange des Patienten. Er weist beispielsweise auf notwendige Kontrolluntersuchungen wie etwa



Optimistisch über die Umsetzung der unterschriebenen Verträge: Christian Bredl, Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern, Hans-Peter Haslinger, Geschäftsführer der Gmünder ErsatzKasse, München, und Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Impfungen oder Krebsfrüherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen hin, um vermeidbare Folgeerkrankungen abzuwehren. Er überweist bedarfsgerecht, d.h. wenn es medizinisch erforderlich ist, an niedergelassene Fachkollegen oder an Krankenhäuser und arbeitet eng mit ihnen zusammen.

Vorteile für Versicherte liegen auf der Hand

Durch die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der fachärztlichen Behandlung werden unnötige Doppeluntersuchungen und überflüssige Krankenhausweisungen vermieden, welche die Versicherten belasten. Der Patient kann sicher sein, dass er auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens behandelt wird. Eine bessere interne Organisation ermöglicht, dass Behandlungen schnell und zielgerichtet eingeleitet und Wartezeiten vermieden werden. So garantiert bei-

spielsweise der Hausarzt bei Terminen in seiner Praxis eine Wartezeit von maximal 30 Minuten. Termine für Berufstätige werden auch außerhalb der sonst üblichen Sprechzeiten angeboten.

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist für Versicherte und Ärzte freiwillig. Hat der Versicherte einen Hausarzt seiner Wahl gefunden, erfolgt eine Einschreibung und Bindung an den Hausarzt für mindestens ein Jahr. Ein Wechsel des Hausarztes ist beim Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Wer sich einschreibt, muss keine zusätzlichen Zahlungen leisten. Im Gegenteil: Er bekommt von seiner Ersatzkasse einen Bonus wie etwa die Ermäßigung der Praxisgebühr. Entscheidend sind aber die Vorteile, welche die Versicherten bei der medizinischen Behandlung zusätzlich erhalten. Da diese Vorteile auf der Hand liegen, hoffen die Arbeiter-Ersatzkassen, dass ihre Versicherten das neue Angebot zahlreich in Anspruch nehmen werden.

GLOSSE

Wenn ein Preiß' den Bayern Ratschläge erteilt

Das Bier in Bayern ist bekanntlich kein Alkoholgetränk, sondern ein Nahrungsmittel. Der Konsum von Nahrungsmitteln ist lebensnotwendig und kann in Maßen eingenommen der Gesundheit gar nicht schaden. Das gilt insbesondere für die bayerische Spezialität, die in Maßen serviert wird, – das süffige Bier auf dem Oktoberfest. Das unbotmäßige und unvorsichtige Trinken des Wiesnbiers hat jedes Jahr eine traurige Folge – die Bierleichen. Deren Zahl steigt in den letzten Jahren stetig: Von 415 Bierleichen 2003 über 475 im Jahr 2004 (eine Steigerung von 14,5 %) bis auf 551 Bierleichen in diesem Jahr (ein weiteres Plus von 16 %!!!).

Die Besorgnis erregende Entwicklung stellte der Sprecher des Bayerischen Roten Kreuzes, Giesbert Fröhlich, gegenüber der Presse dar: „Die Bierleichen werden immer jünger und immer weiblicher“ (die Formulierung geht auf Kosten des Urhebers). Das Durchschnittsalter der Wiesnbesucher mit Alkoholvergiftungen liegt deutlich unter 30 Jahre. Ein Drittel der Volltrunkenen sind Frauen. Drei Prozent der Bierleichen waren in diesem Jahr jünger als 16 Jahre! Nicht einmal vier Stunden waren seit dem Anstich auf der diesjährigen Wiesn vergangen, da lag bereits die erste Bierleiche unter dem Tisch: Ein 16-jähriges Madl, das drei Maß Bier auf nüchternen Magen getrunken hatte.

Präventiv, rechtzeitig zum Wiesnbeginn 2005 schlug der Kölner Gesundheitsexperte, Prof. Karl Lauterbach, ein Mittel zur Verhinderung des Übels vor. Nicht die Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft, sondern die Menschen, die mit einem vorsätzlichen Vollrausch sich und andere in Gefahr bringen, sollen die Kosten für ihre medizinische Behandlung tragen. Wie die Erfahrung mit der höheren Besteuerung von Alkopops zeigt, führt die abschreckende Wirkung des zu zahlenden Preises zu einem deutlichen Rückgang des Alkoholkonsums und -missbrauchs bei den jungen Leuten. Daher sollten sich die Veranstalter der nächsten Wiesn durchaus Gedanken machen, ob sie den „preußischen Vorschlag“ nicht umsetzen wollen. Denn auch ein Ratschlag aus Preußen mag zum Wohle der Bayern sein.

LESENSWERT

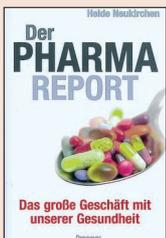
**Der Pharma-Bluff**

Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist von Marcia Angell. 2005, 288 S., geb., € 24,80, ISBN 3-9806621-9-5.

KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn.

Die Pharmaindustrie rühmt sich, Innovationsmotor des Gesundheitswesens zu sein. Neue Medikamente gelten vielfach als Segen für die Patienten. Doch wie innovativ sind die Arzneimittelhersteller wirklich? Marcia Angell, Ärztin und renommierte Medizinjournalistin entzaubert am Beispiel USA den Mythos einer Branche. Sie erklärt, warum wir nicht länger den Pharma-Bluff mit überhöhten Medikamentenpreisen honorieren sollten. Echte Innovationen machen nur etwa 14 % aller jährlichen Neuzulassungen in den USA aus. Die meisten der als innovativ deklarierten Präparate sind so genannte „Me-Too“-Präparate (Nachahmermedikamente) von bereits am Markt etablierten umsatzstarken Arzneimitteln. Die mächtige Pharamaloby hat nicht nur enormen Einfluss auf die Gesetzgeber, sie finanziert auch zu 60 % die ärztliche Fortbildung und bestimmt dadurch maßgeblich, was auf den Rezeptblock kommt.

Das Buch gibt wichtige Anregungen auch für die in Deutschland geführte Diskussion um eine rationale, effiziente und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie.

**Der Pharma-Report**

Das große Geschäft mit unserer Gesundheit von Heide Neukirchen. 2005, 271 S., geb., € 19,90, ISBN 3-426-27353-5.

Droemer Verlag, München.

Die Autorin macht das Interessengeflecht aus Industrie, Medizinern und Patientenorganisationen durchschaubar. Sie beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Geschäften der Branche. Kenntnisreich deckt sie auf, mit welchen Mitteln die Pharmafirmen das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflussen, wie sich Tests und Studien so steuern lassen, dass sie das gewünschte Ergebnis bringen und welche Auswirkungen die millionenschweren Werbekampagnen auf das Verhalten der Verbraucher haben. Ihre Botschaft: Beim Thema Pharma ist Misstrauen angebracht. Jede Aussage und Statistik der Pharmaindustrie sollte hinterfragt werden, denn das Motto der Pharmaindustrie lautet: Hauptsache Profit!

TERMINANKÜNDIGUNG

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen-Verband laden Sie herzlich zur Feierstunde ein,

15 Jahre Landesvertretung Bayern

Es sprechen die bayerische Sozialministerin Christa Stewens, die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV Dr. Doris Pfeiffer und der Vorsitzende des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes Ludwig Huber.

Ort: DGB-Haus, Schwanthalerstr. 64, 80336 München

Zeit: 6. Februar 2006, 15:00 - 17:00 Uhr

ZU GUTER LETZT



Zugegeben, es kommt nicht gleich zum 1. Januar, aber es wird bestimmt kommen – das Jahr des Hundes. Davor warnt uns der chinesische Kalender. Doch für eine Warnung gibt es eigentlich keinen Grund, wenn man bedenkt, dass der Hund ein durchaus sympathischer, treuer und anhänglicher Zeitgenosse ist, vorausgesetzt sein Magen ist voll, sein Herrli macht ihm unaufgefordert den Platz auf dem Sofa frei und geht mit ihm brav und regelmäßig Gassi.

Der chinesische Kalender in allen Ehren, es weihnachtet! Und der abendländischen Tradition getreu wünschen wir unseren Lesern eine besinnliche Adventszeit, frohe Weihnachten und ein gesundes und erfolgreiches Neujahr 2006. Für den Fall des Falles raten wir jedem, im kommenden Jahr ein Leckerli in der Tasche parat zu haben. Das hilft gegen jeden bissigen Hund, garantiert!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
Arnulfstr. 201a · 80634 München
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0
Telefax: 0 89 – 55 25 51-14
Redaktion: Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich: Christian Bredl