

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG IN BAYERN | KRANKENHAUSPLANUNG 2.0
Interview mit Dr. Boris Augurzky | ERFOLGREICHES PROJEKT Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2015

KLOSTER ANDECHS

14. Bayerisches Gesundheitsforum



FOTO: vdek

Unter aktiver Beteiligung des vdek fand am 13. März 2015 unter Moderation von Professor Alexander Ehlers das 14. Bayerische Gesundheitsforum im Kloster Andechs statt. Wirtschaftsstaatssekretär Franz Josef Pschierer betonte das enorme Wachstumspotential einer digitalisierten Gesundheitswirtschaft. Der Freistaat Bayern werde umfassend fördern und die bisher noch einschränkenden Rahmenbedingungen überprüfen. In die gleiche Richtung argumentierte Prof. Dr. Erich R. Reinhardt vom Gesundheitscluster Medical Valley Nürnberg-Erlangen, der die umfassende Nutzung von big data und open innovation für unverzichtbar hält. Am Beispiel der Personalisierten Medizin machte der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, Dr. Ralf Langejürgen, deutlich, dass medizinische Innovationen nur dann im Sinne der Versicherten-gemeinschaft zustimmungsfähig sind, wenn ein konkreter Zusatznutzen nachgewiesen werden kann.

25 JAHRE VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Zum Wohle der Versicherten, im Auftrag der Mitgliedskassen

Vor fünfundzwanzig Jahren entschieden sich die damaligen Verbände der Ersatzkassen, Strukturen auf Landesebene zu schaffen, um die Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen sowie mit den Gesundheitspolitikern der Länder auszubauen und die Interessenvertretung der Ersatzkassen auch regional zu verankern. Es schlug die Geburtsstunde der Landesvertretungen.

Zur Erinnerung: Die gesetzlichen Krankenkassen gliederten sich Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in sieben Verbänden. Zwei davon – der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband – zählten jeweils sieben Mitgliedskassen. Sowohl die Ersatzkassen als auch ihre Verbände wurden bundesweit organisiert. Ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda stand damals die Regionalisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern wurden die Organisation und die Struktur der Ersatzkassen im Rahmen der gesundheitspolitischen Debatten immer wieder in Frage gestellt. Einen entscheidenden Impuls für die weitere Entwicklung gab der Gesetzgeber. Der politische Wunsch nach regionaler Aufgabenerfüllung in der Gesetzlichen Krankenversicherung fand seinen Ausdruck im Gesundheitsreformgesetz von 1989.

Die Herausforderung der Zeit wurde seitens der Ersatzkassen und ihrer Verbände erkannt. Sie antworteten darauf mit einer neuen strategischen Positionierung:

Regionalität statt Regionalisierung. Im Grundsatzpapier über die „Stärkung der regionalen Kompetenz der Ersatzkassen“, das im April 1989 verabschiedet wurde, war nachzulesen: „Aktive Interessenwahrnehmung bedeutet nicht, einer weiteren Regionalisierung unserer Kassenart das Wort zu reden. Es geht vielmehr darum, die Interessen der Ersatzkassen stärker zu vertreten, regionalen und örtlichen Notwendigkeiten Rechnung zu tragen und den Interessen der Länderregierungen so weit entgegenzukommen, wie dies zum Erhalt unserer Strukturen möglich und sinnvoll ist“.

Geburtsstunde der Landesvertretungen

Unter den neuen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entschlossen sich die Ersatzkassenverbände, hauptamtlich besetzte Landesvertretungen als regionale Repräsentanz zu schaffen. Die Gründungswelle der VdAK/AEV-Landesvertretungen startete in April 1990 in Hamburg. Zu den ersten Gründungen des Jahres gehörte auch die Landesvertretung Bayern.



Leistung, die verpflichtet!



von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

FOTO: vdek

25 Jahre vdek in Bayern – das heißt, ein Vierteljahrhundert intensives Engagement für die Ersatzkassen und ihre Versicherten auf dem weiten Feld der Gesundheitsversorgung. In diesen bewegten Zeiten verging praktisch kein Jahr, in dem der Gesetzgeber nicht in irgendeinem Bereich des Gesundheitswesens umfangreiche Reformen auf den Weg gebracht hätte. Mit neuen Gesetzen, Regelungen und Vorschriften hat der Gesetzgeber die Ersatzkassen und ihren Verband quasi unablässig in Atem gehalten. Eingebettet in ein Regime der permanenten Reform werden wir auch zukünftig tragfähige Antworten auf neue gesellschaftliche und medizinische Herausforderungen finden müssen. Wohl wissend, dass – wie die letzten 25 Jahre gezeigt haben – nur der erfolgreich sein kann, der flexibel sowohl im eigenen Tun als auch in der eigenen Organisation bleibt. Das zweite Standbein der vdek-Landesvertretung Bayern bleibt das Servicegeschäft für die Mitglieds-kassen. Hier steht der Verband ebenfalls seit zweieinhalb Jahrzehnten seinen Mann, immer in enger Abstimmung mit den Ersatzkassen in Bayern und immer aktiv und konstruktiv für eine sachgerechte Gestaltung der medizinischen Versorgungslandschaft im Freistaat. Auch hier heißt es : Leistung, die verpflichtet, insbesondere gegenüber den Mitglieds-kassen und ihren Versicherten.



In der Gründungsgeschäftsordnung der Landesvertretungen waren folgende Schwerpunktaufgaben fixiert: (1) in Fragen von grundsätzlicher landespolitischer Bedeutung mitzuwirken, (2) die gesetzlich den Landesverbänden der Krankenkassen auf Landesebene zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen, (3) politische Kontakte zur Vermittlung der Ersatzkassenpolitik herzustellen und wahrzunehmen sowie (4) die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der beiden Verbände im Lande wahrzunehmen.

Jeder Landesvertretung zugeordnet war ein Landesausschuss aus den führenden Verantwortlichen der in Bayern vertretenen Mitglieds-kassen als Koordinierungs- und Entscheidungsgremium, „für alle Angelegenheiten, bei denen eine Willensbildung auf Landesebene notwendig ist“. Diese innere Struktur von Landesvertretung und Landesausschuss gewährleistete intern, dass die Mitglieds-kassen an allen wichtigen Fragestellungen und Ent-

»Die Landesvertretung hat sich zu einem zuverlässigen und ernstzunehmenden Vertragspartner für alle Akteure im bayerischen Gesundheitswesen entwickelt.«

scheidungen auf Landesebene unmittelbar beteiligt waren. Nach außen stellten die Ersatzkassenverbände damit zugleich sicher, dass notwendige regionale Entscheidungen trotz der bundesweiten Ausrichtung ihrer Mitglieds-kassen in den einzelnen Bundesländern jeweils kompetent und zeitnah getroffen werden konnten.

Ein neuer Vertragspartner auf Landesebene

Mit der Gründung der Landesvertretungen wurde die bundesweite Vertragskompetenz der Ersatzkassen zunächst nicht in Frage gestellt. Die ärztliche und zahnärztliche Vergütung in Bayern wurde auch



GRAPHIK: vdek

nach 1990 von der Bundesebene aus durch die Vorstands- und Vertragskommissionen von VdAK und AEV verhandelt. Die Landesvertretung war nur für die Verträge mit allen sonstigen Leistungserbringern zuständig, die meist gemeinsam und einheitlich mit den anderen Kassenarten abzuschließen waren. Erst drei Jahre später kam das Gesundheitsstrukturgesetz und mit ihm die zwingende Vorschrift, ab dem Jahr 1993 Verträge für den ambulanten Bereich auf Landesebene zu schließen. Nach einer technischen Übergangsphase von drei Jahren verhandelte die Landesvertretung und die Landesverhandlungskommission der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns 1996 zum ersten Mal über die „bayerischen“ Honorare. VdAK und AEV wurden eigenständige Vertragspartner auf Landesebene. Der Vertragsbereich entwickelte sich zum operativen Kerngeschäft der Landesvertretungen.

Mit dem am 26. Mai 1994 verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetz wurde die fünfte Säule in der Sozialversicherung in Deutschland eingeführt. Die Soziale Pflegeversicherung wurde organisatorisch an die gesetzliche Krankenversicherung angegliedert. Die Ersatzkassenverbände bekamen neue Aufgaben und zusätzliches Personal, um diese zu erfüllen. In den VdAK/AEV-Landesvertretungen wurden neue Referate Pflege etabliert, deren Mitarbeiter mit den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten auf Landesebene Vergütungsverhandlungen führen. Die Landesvertretung wirkt als Mitglied des Landespflegeausschusses an der Gestaltung der Pflegelandschaft in Bayern aktiv mit.

Eine verbandsinterne Reform führte zur Auflösung der Ortsausschüsse. Bis dahin waren 34 Ortsausschüsse in Bayern für den Abschluss von Verträgen mit Orthopädieschuhmachern, Hörgeräteakustikern oder Taxiunternehmern sowie für das Zulassungsgeschäft im Heil- und Hilfsmittelbereich zuständig. Diese Aufgaben wurden zentralisiert und auf die Landesvertretungen übertragen. Das führte zu einer weiteren personellen Stärkung der Landesvertretungen.

Umbruch und Neubeginn

Im Jahr 2007 bewirkte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz einen radikalen Umbruch in der Verbandslandschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesetz schrieb unter anderem die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes vor und erlaubte ab sofort kassenartenübergreifende Fusionen. In Folge des Konzentrationsprozesses in der Gesetzlichen Krankenversicherung verringerte sich die Zahl der Arbeiter-Ersatzkassen. Folgerichtig schlossen sich der VdAK und der AEV zum Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zusammen.

Mit der Verabschiedung der neuen Geschäftsordnung begann auch der neue Zeitabschnitt in der Geschichte der Landesvertretung. Die wesentliche Neuerung

bestand darin, dass die vdek-Landesvertretung als Bevollmächtigte der Ersatzkassen gemäß § 212 SGB V auftritt. Das heißt, die Landesvertretung handelt im Vertragsgeschäft exklusiv im Auftrag der Mitglieds-kassen. Das betrifft sowohl die gemeinsam und einheitlich abzuschließenden Verträge als auch die ersatzkassenspezifischen Verträge auf Landesebene.

Nach ihrer Geschäftsordnung ist die Landesvertretung zugleich Interessenvertretung und Dienstleister der Mitglieds-kassen. Sie gewährleistet eine enge Zusammenarbeit zwischen Mitgliedskassen und Verband sowie klare und effiziente Prozesse in der Entscheidungsfindung. Damit bildet sie die Grundlage für ein erfolgreiches und gemeinsames Vorgehen der Ersatzkassen sowie ein geschlossenes Auftreten nach außen.

Parallel wurde die Gremienstruktur der Ersatzkassen auf Landesebene an die neuen Aufgabenstellungen angepasst. Neben dem Landesausschuss, der nunmehr ein Koordinierungs- und Entscheidungsgremium mit der Zuständigkeit für Fragen von grundsätzlicher landespolitischer Bedeutung darstellt, wurden zwei neue Gremien konstituiert: die Landesvertragskommission und die Landeskrankenhauskommission. Während die erstere für den Abschluss von Verträgen über

die ambulante Versorgung und für die Pflegeversicherung zuständig ist, bewältigt die letztere das Vertragsgeschäft im Krankenhausbereich.

Eine Erfolgsgeschichte

Rückblickend lässt sich festhalten: Vor 25 Jahren wurde tatsächlich klein und mit überschaubaren Strukturen begonnen. Das Personal der Landesvertretung bestand aus einem Leiter, drei Fachkräften und dem Sekretariat. Nicht jeder Mitarbeiter der ersten Stunde hatte gar einen Schreibtisch. Ein Fensterbrett half in der Not. Mittlerweile verfügt der Verband der Ersatzkassen über eine deutlich schlagkräftigere und effizientere Struktur in Bayern. Mit zwischenzeitlich rund 30 hoch qualifizierten und ebenso hoch motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehört der vdek in Bayern heute zu den am besten aufgestellten Verbänden des Gesundheitswesens im Freistaat.

In den zurückliegenden fünfundzwanzig Jahren haben die Ersatzkassen bundesweit wie regional ihre große Verantwortung als Mitgestalter unseres Gesundheitswesens aktiv wahrgenommen und ihren Mitgestaltungswillen vor Ort immer wieder nachdrücklich manifestiert. Die Landesvertretung hat sich zu einem zuverlässigen und ernstzunehmenden Vertragspartner für alle Akteure im bayerischen Gesundheitswesen entwickelt. Auch in ihrer sachlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Bayerischen Staatsregierung und den zuständigen Staatsministerien hat sie immer wieder – trotz bundesweiter Aufstellung der Gesamtorganisation – dezidiert bayerisches Profil gezeigt und dabei immer wieder auch einen wichtigen Beitrag zur landesspezifischen Ausgestaltung von Bundesgesetzen geleistet. Damit hat die vdek-Landesvertretung ihre wichtigste Aufgabe erfüllt: Die medizinische Versorgung in Bayern im Sinne und im Interesse der Ersatzkassenversicherten aktiv mitzugestalten und konstruktiv weiterzuentwickeln. ■



Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Bayern

Die Erkenntnis, dass Sterben und Tod zum Leben gehören, ist so alt wie die Menschheitsgeschichte. Relativ neu jedoch ist die Einsicht, dass zu einer menschenwürdigen Gestaltung des letzten Lebensabschnitts eine adäquate medizinische Versorgung gehört. Ein wesentlicher Baustein in diesem Versorgungsbereich ist die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.



FOTO: littebel – Fotolia.com

Die Palette von palliativmedizinischen Angeboten wurde in den zurückliegenden Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich konsequent etabliert und stark ausgebaut. Dazu gehören stationäre Hospize und Palliativstationen in den Krankenhäusern, ambulante Hospizdienste und allgemeine palliative Grundversorgung durch Hausärzte. Welches Angebot im Einzelfall passgenau ist, um sich friedvoll und gut versorgt vom Leben zu verabschieden, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen in Abstimmung mit den ihnen nahe stehenden Menschen.

SAPV – neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV genannt, hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker

Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Etwa 10 Prozent aller sterbenden Menschen – meistens mit einer bösartigen Tumorerkrankung – benötigen diese besonders aufwändige hochspezialisierte Versorgung.

Die SAPV wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als eine neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2007 eingeführt. Das Nähere über diese Leistung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie vom 20. Dezember 2007 bestimmt. Der GKV-Spitzenverband hat darüber hinaus im Juli 2008 Empfehlungen zur vertragsrechtlichen Umsetzung herausgegeben. Auf dieser Grundlage wurde in Bayern kassenartenübergreifend ein Mustervertrag zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung entwickelt, um die gesetzlichen Regelungen

umzusetzen. Dieser Mustervertrag diente als Orientierungshilfe für die Schaffung neuer Palliativversorgungsstrukturen auf Landesebene.

Anspruch auf die SAPV-Leistungen haben Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch die Lebenserwartung auf Tage, Wochen und Monate begrenzt ist und sie eine besonders aufwändige palliativpflegerische und -medizinische Versorgung durch speziell qualifiziertes Personal benötigen. Die SAPV wird auf Antrag des Versicherten vom Hausarzt oder Krankenhausarzt verordnet. Die Krankenkasse genehmigt die endgültige Verordnung.

SAPV-Team – multiprofessionell und hochqualifiziert

Die neue Leistung soll durch ein multiprofessionelles Palliative-Care-Team, auch SAPV-Team genannt, erbracht werden. Dieses multiprofessionelle Team besteht aus speziell weitergebildeten Ärzten und Pflegekräften, wie Palliativärzten, Palliativpflegediensten und Physiotherapeuten. Das SAPV-Team soll sowohl mit der Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheitssystem vernetzt sein als auch eine koordinierende Aufgabe übernehmen. Die Versorgungsform richtet sich nach dem Bedarf der Versicherten und reicht von der Beratung des Versicherten und seinen Angehörigen bis hin zur medizinischen und pflegerischen Vollversorgung. Die SAPV-Teams müssen ein

Versorgungskonzept vorlegen. Nachgewiesen werden müssen beispielsweise Mitarbeiterkapazitäten, Qualifikationen der Ärzte und des Pflegepersonals, Versorgungsgebiet, sächliche Ausstattung und ein 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst an sieben Wochentagen.

Die Schaffung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Bayern wurde von allen gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden zu einem gemeinsamen und einheitlichen Anliegen erklärt, da die Palliativversorgung kein Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen darstellt. Im Unterschied zu manchen anderen Bundesländern hat man in Bayern auf den Abschluss eines landesweiten Rahmenvertrags verzichtet. Stattdessen werden Versorgungsverträge mit jedem SAPV-Team einzeln verhandelt und die Vergütung – in Form von Tages- oder Fallpauschalen – vereinbart. Dies ermöglicht eine zielgenauere und bedarfsorientiertere Versorgung.

Herausforderungen auf dem Weg zur flächendeckenden SAPV-Versorgung

Dabei stehen die Krankenkassen vor nicht zu unterschätzenden Herausforderungen. Oft wird festgestellt, dass der Versorgungsbedarf besteht, doch es an qualifiziertem Personal fehlt, das die bedürftigen Patienten betreuen könnte. Es fehlt auch oft an der Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer. Als besonders gravierend erweist sich dieses Problem in den ländlichen Gebieten. Die Mitarbeiter eines SAPV-Teams müssen hohen Qualifikationsanforderungen entsprechen und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des SAPV-Teams leisten. Die SAPV-Versorgung muss auch wirtschaftlich sein. Zu den Kriterien der Wirtschaftlichkeit gehören unter anderem die Größe und die Bevölkerungszahl des Versorgungsgebiets sowie die Personalkosten. Auch der spezialisierte Charakter des Teams muss durch eine klare Abgrenzung

zur Regelversorgung durch Hausärzte, Pflegedienste und/oder Hospizdienste nachgewiesen werden. SAPV soll die Akteure der Regelversorgung gerade nicht

»Zu einer menschenwürdigen Gestaltung des letzten Lebensabschnitts gehört eine adäquate medizinische Versorgung.«

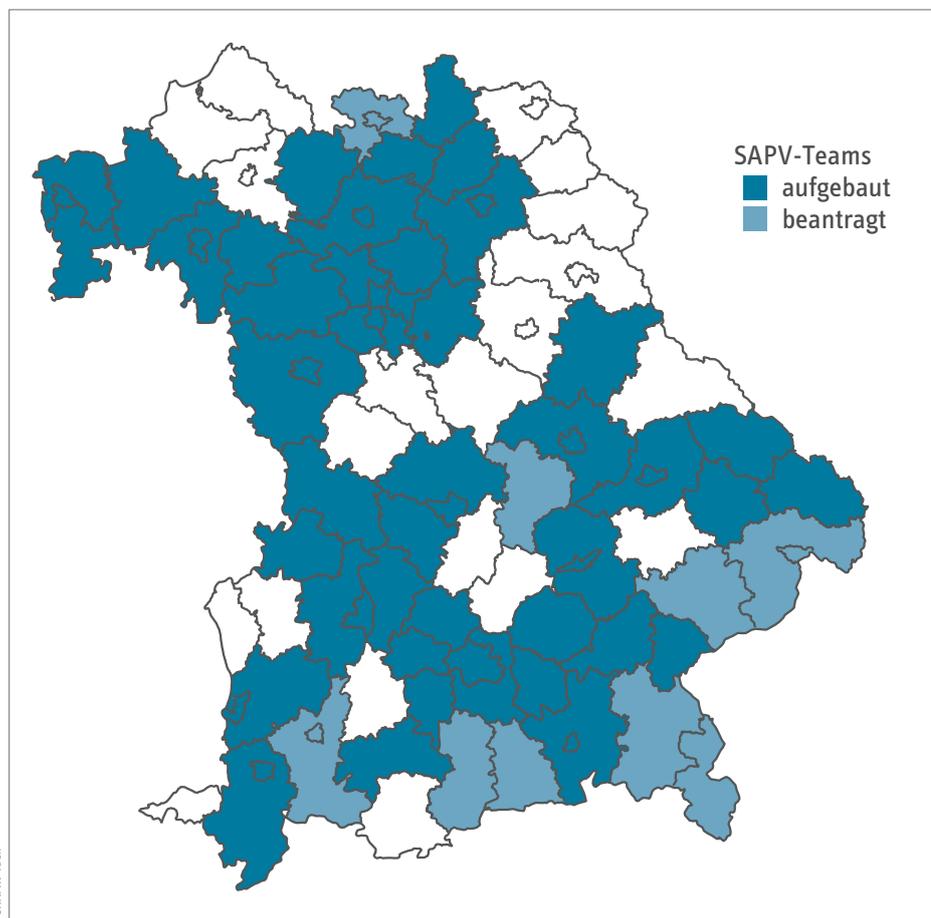
verdrängen, sondern im Versorgungsfall vielmehr zielgerichtet und gegenseitig unterstützen.

Ziel – eine flächendeckende SAPV-Versorgung

Nichtsdestotrotz ist es den Krankenkassen in den vergangenen sieben Jahren gelungen, die Etablierung der neuen Versorgungsform in der Palliativmedizin voranzutreiben. Derzeit gibt es bayernweit 32 SAPV-Teams für Erwachsene sowie vier für Kinder und Jugendliche. Die geographische Verteilung bildet die nebenstehende Karte des Freistaates ab.

Das Ziel – die flächendeckende SAPV-Versorgung – ist noch nicht ganz erreicht. Nach Schätzungen wird pro 250.000 Einwohner etwa ein SAPV-Team benötigt. Das bedeutet das knapp 20 SAPV-Teams in Bayern noch fehlen, doch der Fortschritt ist deutlich spürbar und der Erfolg lässt sich auch messen: Aus dem letzten Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur bisherigen vertraglichen Umsetzung der SAPV geht positiv hervor, dass durch SAPV in hohem Maße Erst- und Wiederweisungen ins Krankenhaus vermieden werden konnten, auch die Einweisung in Hospize und Pflegeheime ging dadurch zurück.

Bundesweit gaben die Ersatzkassen 2012 fast 47,5 Millionen Euro für die Behandlungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aus. Im Jahr darauf stieg die Summe auf mehr als 72,4 Millionen Euro. ■



Überversorgung reduzieren ist am schwierigsten

Alle reden über Krankenhausreform. Der vdek ist mit einem Gutachten vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) einen Schritt weiter gegangen. Im Interview mit dem ersatzkasse report. Bayern erklärt Dr. Boris Augurzky vom RWI einige Ergebnisse:

vdek Bislang ist Krankenhausplanung vorwiegend Ländersache, die Krankenkassen als Kostenträger haben wenig mitzuentcheiden. Warum machen sich die Ersatzkassen Gedanken, wie die Krankenhausplanung in Zukunft aussehen könnte?

Dr. Boris Augurzky Im Krankenhausbereich gilt nicht immer das Prinzip „wer bestellt, der zahlt“. Konkret: die Länder „bestellen“ gerne großzügige Krankenhausstrukturen. Gleichzeitig tragen sie wenig dazu, die nötigen Investitionen zu tragen. Sie überlassen den Kassen eine suboptimale Krankenhausstruktur und die damit zusammenhängenden höheren Betriebskosten. Kassen müssen sich daher auch Gedanken zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung machen.

vdek Die Regierung plant ein neues Qualitätsinstitut. Der vdek fordert, für schlechte Qualität solle gar nicht gezahlt werden, für gute dagegen könnten Zuschläge vereinbart werden. Was muss getan werden, damit sich die Qualität tatsächlich verbessert?

B.A. Die Vergütung zieht immer. Wenn qualitätsorientiert vergütet wird, wird am Ende Qualität herauskommen. Es ist jedoch nicht leicht, Qualität vollumfänglich zu messen. Auch wenn der Weg dorthin lang und steinig ist, kann man durchaus mit einigen Leistungssegmenten, wo es heute schon gute Maße gibt, starten. Alles andere kann schrittweise folgen. Auch würde schon Qualitätstransparenz viel helfen. Wenn sich nur fünf oder 10 Prozent der Patienten daran orientieren würden bzw. könnten, würden sich Patientenströme spürbar verändern. Allein

diese Abstimmung mit den Füßen hätte einen großen Effekt auf die Erlöse der Krankenhäuser.

vdek Wir haben im deutschen Gesundheitswesen – auch im Krankenhausbereich – oft mit dem Problem der angebotsinduzierten Nachfrage zu kämpfen. Wie kann verhindert werden, dass die Krankenhäuser Überversorgung produzieren?

B.A. Das ist das schwierigste Thema. Einer drohenden Unterversorgung kann effektiv begegnet werden. Überversorgung heißt dagegen, dass mehr geleistet wird als medizinisch erforderlich wäre. Eine Methode, dem entgegenzuwirken, ist die lokale Begrenzung der Krankenhauskapazitäten in Bereichen, in denen Leistungen weit überdurchschnittlich häufig erbracht werden. Das Problem ist aber: Neue Angebote und Überkapazitäten befördern auch den Wettbewerb, der dem Patienten wiederum nutzt und Fortschritte mit sich bringt. Selektivverträge für diese Leistungen könnten flexibel auf lokale Belange eingehen.

vdek Die Krankenhäuser beklagen, dass sie zu wenig Geld erhalten, Tatsache ist aber auch, dass die Ausgaben der Krankenkassen im stationären Bereich beständig steigen. Was müsste geändert werden, damit das Geld besser ankommt?

B.A. Fakt ist, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser derzeit im Schnitt schlecht ist, es wird zu wenig investiert. Fakt ist aber auch, dass die Krankenkassen in wenigen Jahren mit massiven Defiziten umgehen müssen. Allein die Beitragsätze zu erhöhen und damit die jüngeren



DR. BORIS AUGURZKY

zu belasten, wird nicht funktionieren. Wir brauchen daher im Gesundheitswesen Lösungen, die einerseits aus Patientensicht weiterhin hohe Qualität liefern und ungesteuerte Rationierung vermeiden und andererseits Beitragszahler nicht deutlich stärker belasten. Offenbar geht dies nur über mehr Effizienz. Konkret: wir brauchen effizientere Krankenhausstrukturen, integrierte und vernetzte Versorgungsangebote mit einer patientenzentrierten Medizin. Die Krankenhausplanung 2.0 ist ein Schritt in diese Richtung. Aber auch manche Leistungserbringer machen sich bereits eigenständig auf diesen Weg.

vdek Im RWI-Gutachten werden auch z.B. Vorschläge gemacht bezüglich verbindlicher Strukturanforderungen für Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen wollen. Diese sind teilweise sehr detailliert – warum?

B.A. Das Gutachten soll keine Zukunftsvision aufzeigen, sondern praktikable Wege, die es erlauben, die ersten Schritte einer Krankenhausplanung 2.0 zu gehen. Es ist nicht nötig zu warten, bis erst umfängliche Voraussetzungen geschaffen werden. Vieles ist heute schon möglich. Das Gutachten hat daher auch konkrete und detaillierte Umsetzungsschritte formuliert. ■

ERFOLGREICHES PROJEKT

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Die Ersatzkassen in Bayern haben gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein Projekt Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie (QS-Psy-Bay) durchgeführt. 217 Psychotherapeuten aller Fachrichtungen und 1.696 Ersatzkassenpatienten nahmen daran teil. Die vorliegenden Ergebnisse belegen, das Projekt war ein voller Erfolg.



FOTO DigitalGenetics – Fotolia.com

Ziel des Projekts QS-Psy-Bay ist der Aufbau eines transparenten und freiwilligen Qualitätssicherungsinstrumentes. Das Instrument sollte helfen, die Ergebnis- und Prozessqualität von Psychotherapieprozessen mit Hilfe eines hard- und softwaregestützten Dokumentationssystems praxis- und therapieverfahrenübergreifend darzustellen. Dadurch soll der Therapieprozess unterstützt und zusätzliche persönliche Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den Therapeuten ermöglicht werden.

Im Verlauf des Projektes wurde die Wirksamkeit von ambulanter Psychotherapie bestätigt. Es konnte nachgewiesen werden, dass depressive Störungen mit ambulanten Psychotherapien gut behandelt werden können. Eine signifikante Verbesserung der Symptomatik bei den teilnehmenden Patienten konnte erreicht werden. Sowohl die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage als auch die Kosten für stationäre Behandlung der teilnehmenden Psychotherapiepatienten gingen zurück.

Es wurde festgestellt, dass Frauen, jüngere Versicherte und Versicherte in Ballungsräumen signifikant häufiger psychotherapeutisch behandelt werden. Problematische Therapieabbrüche wurden vor allem bei weiblichen und/oder arbeitslosen Patienten und seltener bei Behandlungen beobachtet, bei denen Patient und Therapeut mit dem Therapieverlauf zufrieden waren. Die am Projekt teilnehmenden Patienten mit regulärem oder unproblematischem Therapieende wiesen deutlich größere Symptomreduktionen auf als in der Regelversorgung. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass eine Psychotherapie in der Praxis dann beendet beziehungsweise nicht verlängert wird, wenn das vom Therapeuten eingeschätzte Optimum des Therapieerfolges erreicht ist.

Beim Vergleich der Behandlungskosten ein Jahr vor der Psychotherapie mit denen ein Jahr danach zeigte sich, dass alle Kosten – bis auf die Arzneimittelkosten – deutlich abnahmen. Der stärkste Rückgang von 42 Prozent war bei den Arbeitsunfähigkeitstagen zu verzeichnen. Es wurde festgestellt,

dass die Kosten der stationären Behandlung und die Anzahl der Krankenhaustage im zweiten Jahr nach der ambulanten Psychotherapie wieder auf dem Niveau von zwei Jahren vor der Psychotherapie liegen. Dagegen lagen die ambulanten Kosten im zweiten Jahr nach der ambulanten Psychotherapie um 6,9 Prozent und die Arzneimittelkosten um 41,5 Prozent über dem Niveau von zwei Jahren vor der Psychotherapie. Die Arbeitsunfähigkeitstage sanken um 3,8 Tage, ein Minus von 23,8 Prozent. Daher kann man von einem Langzeiteffekt der ambulanten Psychotherapie sprechen.

Eine weitere Stichprobenauswertung der Projektergebnisse stellte eine durch Psychotherapie induzierte jährliche Kosteneinsparung in Höhe von 130,55 Euro pro Fall. Die Summe bezieht sich auf ambulante, stationäre und Arzneimittelkosten. Hierbei wurde ein Anstieg der laufenden Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Untersuchungszeitraum von 4,89 Prozent jährlich unterstellt. In absoluten Zahlen sind die durchschnittlichen Gesamtkosten vor und nach der ambulanten Psychotherapie leicht angestiegen.

Das im QS-Psy-Bay-Projekt entwickelte und erprobte Qualitätssicherungsinstrument kann – nach vorliegenden Ergebnissen – als eine sinnvolle Ergänzung zu den bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie das Gutachterverfahren eingesetzt werden. Dabei können elektronische Rückmeldesysteme genutzt werden, um ungünstige Therapiekonstellationen zu erkennen und somit Therapieabbrüchen vorzubeugen. ■

BÜCHER

Blick über die Grenzen

Die 2. Auflage liefert einen Überblick über die Strukturen der Gesundheitssysteme von 31 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bzw. der OECD. Verglichen werden Gesundheitsausgaben und Finanzierung, Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung, Arzneimittelversorgung und Daten zur Effizienz, Qualität und Nutzerorientierung und somit zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme. Ein weiteres Kapitel erklärt die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene und deren Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem.



Martin Schölkopf, Holger Pressel
Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
2., akt. und erw. Auflage,
304 Seiten, 69,95 Euro,
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft, Berlin

Weltdienstleistungs-handelsabkommen

Die Autorin behandelt die Chancen und Risiken des Dienstleistungshandelsabkommens GATS für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dies wird unter anderem untersucht am Maßstab des Rechts auf Gesundheit, dessen Grundprinzipien Pfeiler der deutschen GKV sind. Ergebnis der Arbeit ist, dass das GATS eine Reihe von Instrumenten zur abgestuften Anwendung seiner Handelsgrundsätze im Gesundheitsbereich bietet. Damit kann dem besonderen Daseinsvorsorgecharakter der deutschen GKV grundsätzlich Rechnung getragen werden.



Juliane Hernekamp
Die Liberalisierung von
Gesundheitsdienstleistungen
nach dem Weltdienstleistungs-
handelsabkommen GATS
2013, 382 S., € 99,90, Duncker &
Humboldt GmbH, Berlin

GUTE NACHRICHT

Zuzahlungen zurückgegangen



FOTO: Heinzgerard - Fotolia.com

Das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs sieht für verschiedene medizinische Leistungen Eigenanteile und Zuzahlungen der gesetzlich Krankenversicherten vor. In den Jahren 2008 bis 2012 stieg die Gesamtsumme der Zuzahlungen von 4,8 auf 5,25 Milliarden Euro kontinuierlich von Jahr zu Jahr an. Rechnerisch vergrößerte sich die Zuzahlung pro Versicherten von 68,27 auf 78,03 Euro in diesem Zeitraum. Das entsprach einem Zuwachs von 14,3 Prozent.

Den zweitgrößten Anteil an den Gesamtzuzahlungen machten die Zuzahlungen zu ärztlichen Behandlungen, als Praxisgebühr bekannt, aus. Am 9. November 2012 beschloss der Deutsche Bundestag mit den Stimmen aller Fraktionen, die Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 abzuschaffen. Mit der Abschaffung der Praxisgebühr lässt sich auch der massive Rückgang der Zuzahlungen erklären. Sie nahmen 2013 gegenüber dem Vorjahr um 1,86 Milliarden Euro ab und blieben bei knapp 3,6 Milliarden auch im Jahr danach fast unverändert. Die rechnerische Belastung eines Versicherten durch die Zuzahlung reduziert sich sogar 2014 gegenüber 2013, da die Zahl der gesetzlich Versicherten anstieg. Ein Versicherter leistete 2014 somit eine durchschnittliche Zuzahlung von 51,05 Euro.

ÄRZTLICHE VERGÜTUNG

Honorare wachsen auch 2015



FOTO: Wolflier - Fotolia.com

Nach langwierigen Verhandlungen einigten sich die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf die Eckpunkte und Inhalte des Honorarvertrages 2015. Der Punktwert, die kalkulatorische Preiseinheit der medizinischen Leistungen, wird um 1,4 Prozent erhöht. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigt um 0,2 Prozent. Für die Finanzierung der besonders förderungswürdigen Leistungen wird ein Fördertopf in Höhe von 18 Millionen Euro geschaffen. Die Krankenkassen sagten zu, dass dieser Fördertopf in der gleichen Höhe auch im Jahr 2016 weiterhin zur Verfügung gestellt wird. Zur Förderung der laufenden Umstrukturierung des Bereitschaftsdienstes werden etwa 2,3 Millionen Euro von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellt. Das Geld ist nach Abstimmung mit den Krankenkassen abrufbar.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a, 80634 München

Telefon 0 89 / 55 25 51-0

Telefax 0 89 / 55 25 51-14

E-Mail LV-Bayern@vdek.com

Redaktion Dr. Sergej Saizew

Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-4045