C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE **SCHEINDEBATTE** über die Zwei-Klassen-Medizin | **HOSPIZ- UND PALLIATIVMEDIZINISCHE LEISTUNGEN** Flächendeckende Versorgung in Sichtweite | **ALKOHOLMISSBRAUCH** Aufklärung bleibt wichtig

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2018

GKV-FINANZIERUNG

Zuzahlungen der Patienten steigen

FOTO Hans und Christa Ede – stock.adobe.com

Seit 2013 steigen die Zuzahlungen der Patienten, die gesetzlich versichert sind, stetig an: von 3,58 auf 3,92 Milliarden Euro im Jahr 2017. Das entspricht einem Zuwachs von 9,44 Prozent in fünf Jahren. Der Anteil der Zuzahlungen an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen lag 2017 bei knapp 1,7 Prozent.

Von der Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung her betrachtet, entsprechen die Zuzahlungen der Patienten zwar nur 0,33 Beitragssatzpunkte. Diese Zuzahlungen belasten allein die Versicherten, und zwar nicht die gesamte Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten, sondern ausschließlich die erkrankten Versicherten.

Angesichts der zunehmenden Belastung der Versicherten mit Zuzahlungen ist die Entscheidung der Großen Koalition zur paritätischen Finanzierung der GKV-Beiträge zurückzukehren, ein richtiger Schritt in die richtige Richtung.

VDEK-POSITION

Digitalisierung im Gesundheitswesen zwischen Patientennutzen und Datenschutz

Die Digitalisierung verändert seit Jahren unser Leben. Auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und im deutschen Gesundheitswesen finden folgenreiche Veränderungen statt. Die Ersatzkassen begrüßen diese Entwicklung unter einer zentralen Prämisse: Die Digitalisierung muss den Versicherten und Patienten nutzen und zu ihrem Vorteil sein.

Seit Mitte der 90er Jahre halten digitale Verfahren und Anwendungen Einzug im Gesundheitswesen. Sie gelten als wichtige Treiber für den medizinischen Fortschritt und bieten die Chance, die Lebensqualität von vielen Patienten zu erhöhen und zu einer besseren Gesundheitsversorgung beizutragen. Mit ihrer Hilfe kann man die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren deutlich vereinfachen und die Versicherten in ihrer Souveränität stärken sowie die Dienstleistungen der Krankenkassen weiter verbessern.

Dabei liegt die Herausforderung darin, die Vorteile der Digitalisierung für das Gesundheitswesen und somit für die einzelnen Versicherten zu verwirklichen und zugleich eine verantwortungsvolle Datennutzung sicherzustellen, die das Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet. Da die modernen Anwendungsprozesse nicht immer und automatisch eine Verbesserung der Versorgung bedeuten, muss der Nutzen aller digitalen Anwendungen für den Versicherten und den Patienten im Mittelpunkt stehen. Ihre Risiken müssen evaluiert und berücksichtigt werden. Zu prüfen ist es auch, ob die Digitalisierungsprozesse einen wissenschaftlich erwiesenen Zusatznutzen mit sich bringen.

Innovationsmotor für die Verwaltungsmodernisierung

Für die Verwaltung in der Sozialversicherung ist die Digitalisierung mittlerweile Alltag. Seit über 20 Jahren gibt es hier effiziente elektronische Datenaustauschverfahren für die Übermittlung von Massendaten zwischen Arbeitgebern, Leistungserbringern, öffentlichen Einrichtungen, Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen. In diesen Verfahren werden jährlich Milliarden von Datensätzen bewegt. Mittels dieser Datenaustauschpraxis wurde profundes

→

KOMMENTAR

Zum Wohle der Patienten

FOTO vdek

von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

Die Digitalisierung ist ein mächtiger Motor der Veränderung. Er erfasst mittlerweile fast alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Auch das Gesundheitswesen und die Gesetzliche Krankenversicherung sind digitalisierungsbedingt großen Veränderungsprozessen unterworfen, die dringend der Steuerung bedürfen. Ohne Steuerung und ohne einen konzeptionellen Überbau ist die Gefahr von Fehlentwicklungen viel zu groß. Insbesondere, weil Gesundheitsdaten ausnahmslos höchst sensible Daten sind. So kommt dem Datenschutz bei der Rahmensetzung eine ausschlaggebende Bedeutung zu. Nur wenn das unveräußerliche Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung gewahrt bleibt, ist ein weiterer Ausbau der digitalen Welt vertretbar. Der Patient ist und bleibt der Eigentümer seiner persönlichen Daten. Nur er kann darüber entscheiden, was mit diesen passiert.

Aus Sicht der Ersatzkassen erlangt der Prozess der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nur dann einen echten Mehrwert, wenn er dem Patientennutzen dient. Die oberste Prämisse lautet deshalb: Alle digitalen Anwendungen sollten vorher auf ihren patientenbezogenen Nutzeffekt überprüft werden. Nur so kommt die Digitalisierung im Gesundheitswesen dort an, wo sie hin muss, nämlich beim Patienten und Versicherten.

→

Erfahrungswissen akkumuliert, das hilft die Verwaltung in der Sozialversicherung effizienter, ergebnisorientierter und sicherer zu gestalten, ohne dabei teure und komplexe Strukturen aufbauen zu müssen.

Die Ersatzkassen sehen in der Digitalisierung einen entscheidenden Innovationsmotor für die Verwaltungsmodernisierung. Sie soll den Krankenkassen helfen, eine serviceorientierte, benutzerfreundliche Kommunikation mit ihren Versicherten auszubauen. Dafür fehlen leider derzeit wichtige gesetzliche Voraussetzungen. Um die Kommunikation für die Versicherten einfacher und effizienter zu gestalten und zu beschleunigen, sollte der Gesetzgeber einschlägige Regelungen überprüfen und anpassen.

So sollte beispielsweise eine rechtssichere Authentifizierung der Versicherten auf elektronischem Wege, ob via WebID oder per Videotelefonie, ermöglicht werden, was für Banken längst gelebte Praxis und Stand der Technik ist. Die Krankenkassen dürfen zurzeit Daten der Authentifizierung über Videotelefonie jedoch nicht speichern, da eine Regelung zur Speicherung der Personalausweisdaten fehlt. Das sollte dringend geändert werden.

Ein weiteres Beispiel ist die immer noch in Papierform übliche Einreichung ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber. Sie sollte durch vertraulichkeitswahrende und manipulationssichere digitale Übermittlung ersetzt werden. Des Weiteren sollten endlich gesetzliche Regelungen für die sichere elektronische Übermittlung von Verordnungs- und Abrechnungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschaffen werden.

Telematikinfrastruktur weiter entwickeln

Im Jahr 2004 wurde die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und dem Aufbau der hierfür

FOTO Jürgen Fälchle – stock.adobe.com

erforderlichen Telematikinfrastruktur beauftragt. Die Telematikinfrastruktur wurde bislang allein auf die eGK ausgerichtet. Es ist an der Zeit, sie für weitere Anwendungen und die Wissenschaft zu öffnen. Diese neuen Anwendungen müssen ein Zulassungsverfahren durchlaufen, um nachzuweisen, dass sie das Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur erfüllen. Und die Telematikinfrastruktur muss elektronische Dokumente sicher transportieren.

Neben der eGK unterstützen die Ersatzkassen die zügige Einführung nutzbringender Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) oder das elektronische Patientenfach (ePF), den Notfalldatensatz und den eMedikationsplan sowie die Erleichterung der Zugriffsverfahren für Patienten. Dafür müsste die Telematikinfrastruktur als zentrale Infrastruktur genutzt und weiter ausgebaut werden. Insellösungen, wie unterschiedliche Ausprägungen einer ePA, müssen vermieden werden. Dafür gilt es bundesweit einheitliche und klar definierte technische Standards und Schnittstellen zu schaffen. Nur so kann eine freie Kassen- oder Leistungserbringerwahl gewährleistet werden.

Elektronische Patientenakte – ein zentrales Handlungsfeld

Mit der Einführung der ePA erhalten die Patienten ein Werkzeug, das in der Lage

sein wird, ihre medizinischen Daten in gesundheitsrelevante Informationen umzuwandeln. Davon können die Patienten nur profitieren. Mit der ePA erhalten sie endlich einen leichteren Zugang zu ihren Befunden, Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Behandlungsberichten. Die einrichtungsübergreifende Kommunikation zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und weiteren Leistungserbringern wird durch die ePA gebündelt und für die Versicherten transparent gemacht. Die ePA kann zu mehr Versorgungsqualität und Patientensicherheit führen.

Dabei ist und bleibt die ePA eine für den Versicherten freiwillige Anwendung. Er bestimmt darüber, ob sie angelegt wird, und entscheidet darüber, welche Dokumente und Informationen dürfen nach seiner Zustimmung in die ePA eingetragen werden, und welcher Leistungserbringer Einsicht in die ePA nehmen und Dokumente erstellen darf.

Gesundheits-Apps sicher nutzen

In Deutschland und weltweit boomt derzeit ein dynamischer und unüberschaubarer Markt der sogenannten Gesundheits-Apps. Für die Menschen ist es schier unmöglich, sinnvolle von weniger sinnvollen oder sogar schädlichen Produkten zu unterscheiden. Neben der Mehrzahl von Wellness-Angeboten gibt es aber auch medizinische Apps. Die letzteren gelten als Medizinprodukte, wenn sie der Initiierung oder Steuerung medizinischer Therapien dienen, mit ihrer Hilfe medizinische Diagnosen erstellt werden oder ihre Anwendung einer Screening- oder Präventionsmaßnahme gleichkommt. Daher müssen sie zweckmäßig und sicher sein.

Dabei sind aus Sicht der Ersatzkassen folgende Basisanforderungen für Gesundheits-Apps wichtig: Der Eigentümer aller gespeicherten Gesundheitsdaten ist der Patient. Datensammlung darf es nur mit seiner Zustimmung geben. Die Nutzung von Digital-Health-Anwendungen muss freiwillig bleiben und eine vollständige Löschung der Daten einfach möglich sein. Digitale Gesundheits-App dürfen nicht zu kommerziellen Zwecken wie Werbung für bestimmte Produkte, Präparate oder Medikamente genutzt werden.

Die Nutzung solcher Apps birgt allerdings auch Risiken. So können Gesundheits-Apps durch falsche Empfehlungen, ungenaue Messungen oder inadäquate Therapieempfehlungen zu Nachteilen und Schäden bei den Nutzern führen. Daher fordern die Ersatzkassen, dass Apps mit einer medizinisch-therapeutischen Zweckbestimmung europaweit unter die entsprechende Medizinprodukterichtlinie fallen. Sie müssen in einer unabhängigen öffentlichen Datenbank erfasst werden, um die Transparenz und Sicherheit für die Nutzer zu gewährleisten. Des Weiteren braucht es eine abgestufte Zulassung und zwar mit Anforderungen, die sich an dem jeweiligen Risiko des Produkts (von reiner Information bis hin zum Ersatz ärztlicher Leistungen) orientieren.

Telemedizin zur Versorgungsverbesserung stärken

Die Telemedizin gehört mittlerweile zum normalen Medizinbetrieb. Die Ersatzkassen erhoffen sich davon eine Verbesserung für die Versorgung ihrer Versicherten und sehen darin auch eine Chance für mehr Wirtschaftlichkeit. Die Telemedizin kann auch helfen, die Herausforderungen der demografischen Entwicklung zu meistern und die Versorgungssituation in ländlichen Räumen zu verbessern. Aus den bisher gemachten Erfahrungen lässt sich aber deutlich erkennen, dass nicht jede telemedizinische Anwendung oder technische Innovation das Potenzial hat, die Versorgung nachhaltig zu verbessern oder zu mehr Wirtschaftlichkeit beizutragen.

Für die Ersatzkassen gelten folgende Anforderungen an die Telemedizin als zentral. Die telemedizinischen Anwendungen müssen auf ihren Nutzen, ihren potentiellen Schaden und Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Es gilt, die Versicherten vor medizinisch nicht sinnvollen oder nicht wirksamen Leistungen zu bewahren. Damit die Telemedizin in der Regelversorgung eingesetzt werden kann, muss sie gegenüber der konventionellen Versorgung entweder einen relevanten Vorteil aufweisen oder mindestens gleichwertig und wirtschaftlicher sein. Ein objektiver Beleg für das medizinische Nutzen des angewendeten Verfahrens muss vorliegen. Des Weiteren sollen die Mediziner bundesweit den Zugang zu den telemedizinischen Leistungen und die Möglichkeit haben, diese sicher zu erbringen. Genauso müssen die Patienten im gesamten Bundesgebiet den Zugang zu diesen Leistungen erhalten. Erst dann können digitale Versorgungsformen mit nachgewiesenem Nutzen zu einem festen Bestandteil der Leistungen der GKV werden.

Fernbehandlungsverbot zeitgemäß überprüfen

Eine besondere Forderung der Ersatzkassen betrifft die Lockerung des Fernbehandlungsverbots. Dieses muss auf den Prüfstand gestellt und geeignete Ausnahmetatbestände verbindlich geregelt werden. Man braucht eine konkrete gesetzliche Aufzählung von sinnvollen Ausnahmetatbeständen, bei denen auf den vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt verzichtet werden könnte. Das könnte beispielsweise der Fall sein, wenn ein Patient aufgrund einer schweren Erkrankung die Arztpraxis nicht aufsuchen kann oder der Arztbesuch in strukturschwachen, ärztlich unterversorgten Gebieten nur unter erheblichem Aufwand möglich oder wegen schwerwiegender ansteckender Krankheiten oder Epidemien nicht sinnvoll ist.

Gerade für immobile Menschen – egal ob in Ballungsgebieten oder ländlichen Regionen – könnte die Telemedizin in genannten Ausnahmefällen zu einem echten Zugewinn in der Versorgung führen.

Argumente gegen eine Scheindebatte

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) organisiert und finanziert die medizinische Versorgung für mehr als 72 Millionen Menschen in Deutschland. Sie garantiert flächendeckend den Zugang zu moderner, qualitativ hochwertiger Medizin bei moderaten Mitgliedsbeiträgen.

Grundlage für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidaritätsprinzip. Hier stehen Gesunde für Kranke ein, Junge für Alte und Ledige für Familien. Alle Personen erhalten in der GKV einen gesetzlich definierten, einheitlichen Versichertenschutz, von dem niemand ausgeschlossen werden kann. Die Mitgliedsbeiträge hängen nicht vom Gesundheitszustand, sondern von einem bestimmten, nach oben begrenzten Einkommen ab und sind für Frauen und Männer gleich sowie altersunabhängig. Die Familienangehörigen eines beitragszahlenden Mitglieds, die über kein eigenes Einkommen verfügen, sind kostenlos mitversichert.

Für die gesetzlich Versicherten gilt das Sachleistungsprinzip. Das heißt, sie erhalten alle notwendigen medizinischen Leistungen bei der Vorlage einer Versichertenkarte. Es findet keine Vorfinanzierung der medizinischen Behandlung statt, die zu einer finanziellen Überforderung führen könnte. Die gesetzlichen Krankenkassen regeln die Finanzierung mit den Medizinern direkt, so dass das Geld nicht das Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandler unnötig belastet. Auch die Mediziner und sonstigen Leistungserbringer im System der GKV haben Planungssicherheit und damit keine Sorgen, was die Bezahlung ihrer Leistungen angeht.

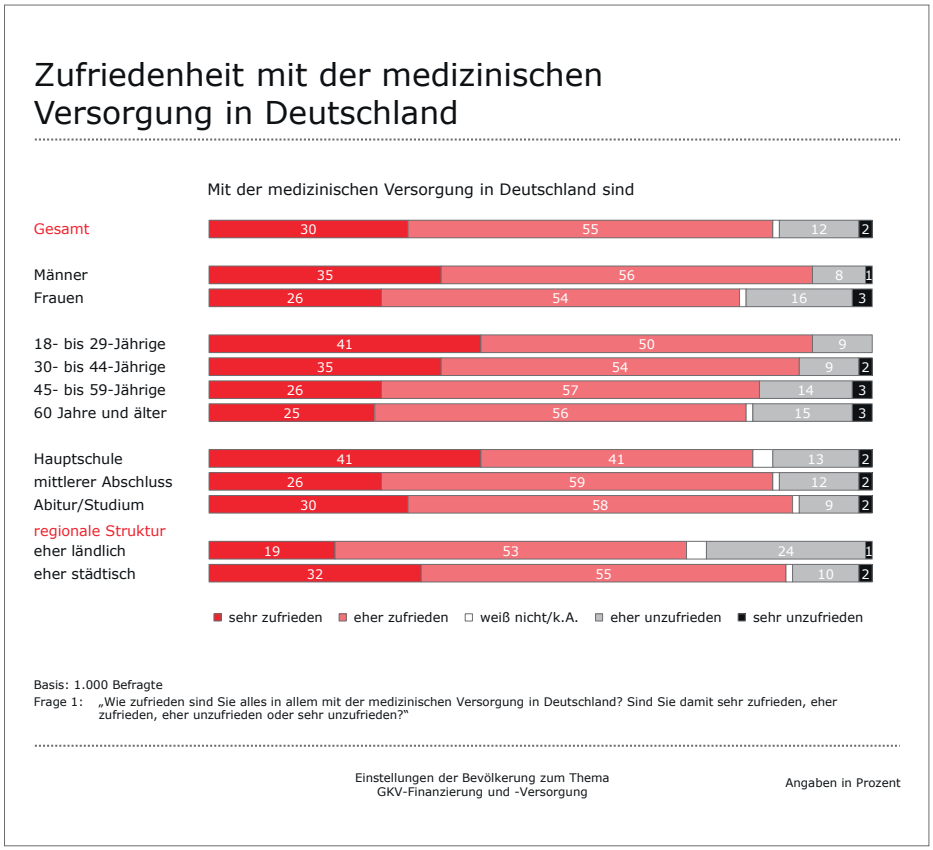
Qualität der medizinischen Leistungen groß geschrieben

Groß geschrieben, wird auch die Qualität der medizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Über festgelegte Bewertungsverfahren werden Leistungen auf ihren Patientennutzen geprüft und Qualitätssicherungsverfahren eingerichtet. Medizinischer Fortschritt und Patientensicherheit sind dabei ein hohes Gut.

All diese Eigenschaften unterscheiden die Gesetzliche Krankenversicherung von der Privaten Krankenversicherung. Als solides, krisensicheres System, das seit der Gründung durch Bismarck zwei Weltkriege sowie mehrere Wirtschafts- und Finanzkrisen überstanden und die deutsche Wiedervereinigung erfolgreich gemeistert hat, sichert die GKV seit fast 135 Jahren die gesundheitliche Versorgung von Millionen von Menschen. Umso erstaunlicher wirkt vor diesem Hintergrund die ohne Not vom Zaun gebrochene Debatte über eine angebliche „Zwei-Klassen-Medizin“, die vor allem von der SPD im Rahmen der Koalitionsverhandlungen in Berlin betrieben wurde.

Realitätsfremde Diskussion mit fragwürdigen Problemlösungsvorschlägen

Die eindeutigen Vorteile der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in dieser merkwürdigen Debatte fundamental außer Acht gelassen. Die Wesensunterschiede zwischen der GKV und der PKV werden holzschnittartig auf ein einziges Merkmal reduziert, nämlich auf die Wartezeiten



beim Arzt – verbunden mit der nicht wirklich bewiesenen Behauptung, die gesetzlich Versicherten müssten regelhaft länger auf Termine warten als die Privatversicherten. Gänzlich auf die Spitze getrieben wird diese Scheindebatte mit dem vermeintlichen Lösungsvorschlag, man müsse nur die Arzthonorare der gesetzlichen Krankenkassen anheben und alles sei wieder im Lot?

Wie realitätsfremd diese unglückliche Diskussion ist, zeigen die Ergebnisse einer repräsentativen Meinungsumfrage, die die forsa Politik- und Sozialforschung GmbH in der ersten Dezemberhälfte 2017 durchgeführt hat. Befragt wurden 1.000 Gesetzlich-Versicherte ab 18 Jahren.

Die Ergebnisse der Erhebungen strafen all diejenigen Lügen, die behaupten, Deutschland leide unter einer „Zwei-Klassen-Medizin". So sind 85 Prozent der Befragten mit der medizinischen Versorgung sehr zufrieden (30 Prozent) beziehungsweise zufrieden (55 Prozent). Die Zufriedenheit bei den Stadtbewohnern liegt sogar bei 87 Prozent.

GKV-Prinzipien und -Leistungen genießen hohes Ansehen

Hohes Ansehen genießen bei den Befragten die Leistungen und Prinzipien der GKV. 97 Prozent der Befragten finden die kostenlose Familienversicherung gut (32 Prozent) beziehungsweise sehr gut (65 Prozent). An zweiter Stelle steht das Krankengeld mit 96 Prozent (52 Prozent sehr gut, 44 Prozent gut), gefolgt durch das Mutterschaftsgeld mit 95 Prozent Zustimmung (57 Prozent sehr gut, 38 Prozent gut). 86 Prozent der Befragten bewerten das Sachleistungsprinzip als sehr gut (50 Prozent) und gut (36 Prozent). Auch die solidarische Beitragserhebung genießt mit 82 Prozent der abgegebenen Stimmen eine hohe Akzeptanz (34 Prozent sehr gut, 48 Prozent gut).

Gefragt nach der Zufriedenheit mit ihrem Hausarzt sagten nur vier Prozent der Befragten sie seien eher unzufrieden. 63 Prozent sind dagegen sehr zufrieden und 33 Prozent eher zufrieden. Ein ähnliches Bild ergab die Befragung bezüglich der Zufriedenheit mit den Fachärzten: 52 Prozent sind sehr zufrieden und 32 Prozent sind eher zufrieden.

Die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin" wurde als Grund der Unzufriedenheit lediglich von einem Prozent der Befragten in Bezug auf Hausärzte und von zwei Prozent in Bezug auf Fachärzte genannt!

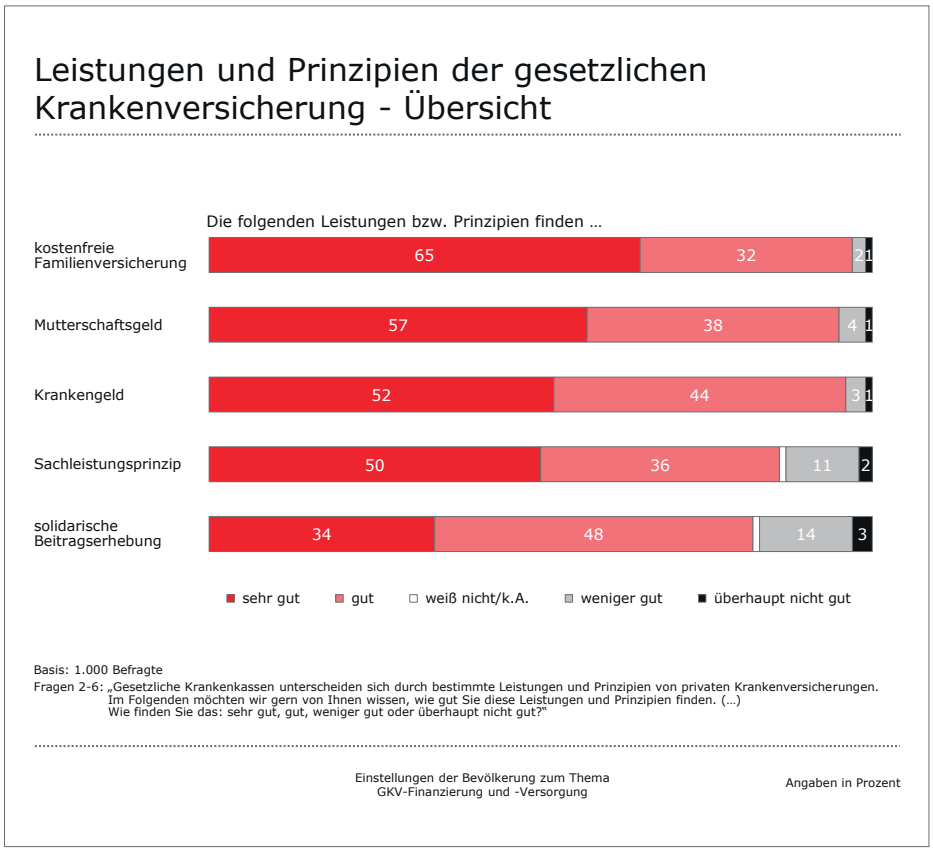
Deutliches Ja zur paritätischen Finanzierung

Auf die Frage, wie sollen die Kostensteigerungen aufgrund neuer Leistungen im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, gab es eine deutliche Antwort: 61 Prozent der Befragten plädieren dafür, dass die Mehrkosten von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gleichermaßen getragen werden sollen. Nur zwei Prozent der Befragten meinen, dass diese Mehrkoste alleine von den Arbeitnehmern getragen werden soll. Eine klare Ablehnung der Zusatzbeiträge in ihrer heutigen Form.

Zur Finanzierung der Mehrkosten in der sozialen Pflegeversicherung hat die Mehrheit der Befragten ebenso eine klare Meinung: 60 Prozent von ihnen sprechen sich dafür aus, dass diese Kosten zukünftig durch Steuerzuschüsse vom Staat finanziert werden sollen.

Eine abwegige These von der „Zwei-Klassen-Medizin"

Die Ergebnisse der forsa-Umfrage machen deutlich, wie abwegig die These von der „Zwei-Klassen-Medizin" ist. Die hohe Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung und die überwältigende Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung unter den Befragten bilden eine Versorgungswirklichkeit ab, die kein Politiker ignorieren sollte. Ja, die Wartezeiten auf einen Termin in der Arztpraxis sind in Einzelfällen durchaus ein Problem. Wer aber vor dem Hintergrund solcher punktueller Probleme das gesamte System der GKV in Misskredit bringt, gefährdet die Basis für eines der erfolgreichsten Gesundheitssysteme der Welt und begeht einen schweren politischen Fehler.



HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Flächendeckender Strukturaufbau mit Unterstützung der Gesetzlichen Krankenversicherung nahezu abgeschlossen

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten von jeher einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen. Jährlich stehen finanzielle Mittel für Betroffene als Zuschuss für die Unterbringung und Versorgung in einem stationären Hospiz oder für die Versorgung zu Hause zur Verfügung.

Das am 8. Dezember 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) unterstützt Betroffene und ihre Angehörigen durch eine Vielzahl von Maßnahmen. Das Gesetz machte die Palliativversorgung zum integralen Bestandteil der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Durch nunmehr sichere Rahmenbedingungen in der ambulanten und stationären Versorgung können die Leistungsangebote zum Wohle der Betroffenen weiter ausgebaut werden.

Die Palette der Leistungsangebote ist vielfältig. Sie umfasst sowohl allgemeine als auch spezialisierte Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich sowie in stationären Pflegeeinrichtungen. Es gibt stationäre Kinder- und Erwachsenenhospize, regionale ambulante Hospizdienste, Teams für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Palliativstationen. Zudem wurde durch das HPG nochmals klargestellt, dass pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung zur Pflege im Sinne des SGB XI dazu gehören.

Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes gibt es in Deutschland rund 1.500 ambulante Hospizdienste, 236 stationäre Hospize, einschließlich der stationären Kinderhospize, etwa 300 SAPV-Teams und mehr als 300 Palliativstationen in Krankenhäusern.

FOTO Photographieee.eu – stock.adobe.com

Mehr finanzielle Mittel für Hospiz- und Palliativversorgung

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren das umfangreiche Leistungsangebot oder bezuschussen wie im Hospizbereich die Personal- und Sachkosten. So deckt der GKV-Zuschuss 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten eines stationären Hospizes ab. Die restlichen fünf Prozent werden – im Konsens mit den Hospizverbänden – über Spenden finanziert. Einen Eigenanteil zahlen die Betroffenen seit 2010 nicht mehr. Der tägliche gesetzliche Mindestzuschuss im stationären Hospiz beträgt aktuell im Schnitt 276,75 Euro. 2010 lag er noch bei 178,85 Euro. Das ist ein Zuwachs von rund 55 Prozent. Der Zuschuss pro Tag für den Aufenthalt im Kinderhospiz liegt 2018 durchschnittlich bei 481 Euro, das heißt 190 Euro über dem vom Gesetz vorgegebenen Mindestzuschuss. Summa summarum stiegen die Ausgaben für Leistungen der GKV im stationären Hospizbereich von 97 Millionen (2010) auf 128 Millionen Euro (2016) um mehr als 30 Prozent.

Eine ähnliche Entwicklung ist bei den Ausgaben der GKV für geförderte ambulante Hospizdienste zu beobachten. Während 2010 eine Leistungseinheit mit 281,05 Euro bezuschusst wurde, erhöht sich dieser Zuschuss aufgrund seit 2016 bestehender neuer Förderkriterien in diesem Jahr auf 395,85 Euro – eine Steigerung von rund 41 Prozent. Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen stiegen in diesem Bereich von 32,6 (2010) auf 75,7 Millionen Euro (2017) – ein Plus von 132 Prozent.

Deutlich mehr finanzielle Mittel investiert die GKV in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, einen Versorgungsbereich für Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden und ein komplexes Symptombild haben, wodurch der Versorgungsumfang sehr hoch ist. Seit Einführung des gesetzlichen Anspruchs im Jahr 2007 hat die GKV den Aufbau einer komplett neuen Struktur und die Versorgung sterbender Menschen finanziert. Die Ausgaben für die von den SAPV-Teams mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechenbaren Leistungen aufgrund eines Versorgungsvertrages stiegen dabei zwischen 2014 und 2016 um fast 24 Prozent von 216 Millionen auf 267 Millionen Euro. Damit machen es die gesetzlichen Krankenkassen möglich, dass Menschen dort sterben können, wo die meisten sterben möchten – nämlich zu Hause.

Die Ergebnisse dieses signifikanten finanziellen Schubs der GKV lassen sich sehr deutlich am umfassenden Netz der palliativmedizinischen Versorgung in Bayern ablesen. Im Freistaat gibt es aktuell 19 stationäre Hospize mit 192 Plätzen, eines davon für Kinder mit acht Plätzen. Zudem wurden 111 ambulante Hospizdienste im Jahr 2017 gefördert. Für die Versicherten, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung bedürfen, stehen 47 SAPV-Teams (sechs davon für Kinder) zur Verfügung. Knapp 100 bayerische Krankenhäuser betreiben außerdem Palliativstationen oder palliativmedizinische Dienste. Die Krankenhäuser in Bayern verfügen über 470 Betten für eine spezialisierte Palliativversorgung.

Bedarfsgerechter Ausbau von Versorgungsstrukturen

Die Gestaltung und der Aufbau von Strukturen für die Palliativversorgung orientieren sich am regionalen Versorgungsbedarf. So fußt die hospizliche Versorgung in Bayern auf einem Konzept zur „Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern“, in dem Qualitätskriterien und Versorgungsmesszahlen erarbeitet wurden. Aufgrund langjähriger Erfahrungen liegt die Messzahl hier bei einem Platz pro 60.000 Einwohner. Auf diese Weise ergibt sich ein rechnerischer Gesamtbedarf von 214 stationären Hospizplätzen im Freistaat. In Niederbayern und Oberfranken ist der Bedarf gedeckt. In Schwaben und Unterfranken liegt die Zahl der stationären Hospizplätze sogar über den Bedarf. Lediglich in Oberbayern, der Oberpfalz und Unterfranken wird es voraussichtlich noch bis 2019 dauern, bis alle Lücken restlos geschlossen sind.

Laut dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung vom 8. Dezember 2017 ist eine flächendeckende Versorgung mit SAPV-Teams in Bayern fast erreicht. Lediglich in 12 von 96 Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es strukturbedingt noch keine SAPV-Teams und nur in einem Landkreis ist eine teilweise flächendeckende SAPV-Versorgung sichergestellt. Gründe dafür sind unter anderem die fehlenden qualifizierten Fachkräfte, ein Mangel an ausgebildeten Medizinern, die einen SAPV-Vertragsabschluss begehren, oder die noch unzureichende Vernetzung vor Ort.

»Die solide GKV-Finanzierung ist eine sichere Grundlage für den weiteren Ausbau und die Steigerung der Qualität der palliativmedizinischen Leistungen.«

Eine flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern ist in Sichtweite. Die solide GKV-Finanzierung ist eine sichere Grundlage für den weiteren Ausbau und die Steigerung der Qualität in der palliativmedizinischen Versorgung. Oberstes Ziel bleibt die Bedarfsgerechtigkeit. Nur eine bedarfsgerechte Palliativversorgung schafft die Voraussetzungen für eine zielorientierte und flächendeckende Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.

ALKOHOLMISSBRAUCH

Aufklärung bleibt wichtig

FOTO Gerhard Seybert – stock.adobe.com

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden, geht in Bayern schrittweise zurück: von 1.428 Fällen im Jahr 2011 auf 898 Fälle 2016. Das ergab die Auswertung der Behandlungsfälle im Rahmen des Projekts „Hart am Limit“ (HaLT). Das Projekt verfügt über 45 Standorte bayernweit. 89 Kliniken beteiligen sich daran. Die durchschnittliche Quote der Landkreise und kreisfreien Städten, in denen das Projekt implementiert wird, liegt bei rund 65 Prozent (62 von 96).

Das Alter der behandelten Kinder und Jugendlichen betrug im Schnitt 15,4 Jahren. Der Anteil der Jungen war mit 53,3 Prozent höher als bei den Mädchen. Die durchschnittliche Blutalkoholkonzentration lag bei 1,45 Promille (1,45 bei Jungen und 1,42 bei Mädchen). 7,5 Prozent der behandelten Kinder und Jugendlichen waren bereits mindestens einmal zuvor mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert. Mit fast 59 Prozent liegt der Anteil der intoxikierten Kinder und Jugendlichen sehr hoch, denen die potentiell lebensbedrohlichen Risiken einer Alkoholvergiftung nicht bekannt waren.

Die letztere Zahl zeigt, wie wichtig – trotz des insgesamt positiven Trends – die Aufklärung unter den Kindern und Jugendlichen über die Gefahren und Risiken des Alkoholkonsums ist.

BÜCHER

Validität von GKV-Routinedaten

Für wissenschaftliche Analysen der Versorgungsforschung wird zunehmend auf GKV-Routinedaten zurückgegriffen. Da diese Daten primär zur Leistungsabrechnung erhoben wurden, können sie nur als Sekundärdaten für andere Fragestellungen herangezogen werden. Der Autor untersucht deshalb, wie valide der Krankheitsverlauf von Versicherten über GKV-Routinedaten abgebildet werden kann und vergleicht die Sekundärdaten mit Primärdatenangaben, die von Ärzten und Patienten im Rahmen eines Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse (TK) zur Verfügung standen.

Dirk Horenkamp-Sonntag
Versorgungsforschung und Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten.
2017, 120 S., € 29,
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Gesünder durch digitale Medizin?

Pulsmesser am Handgelenk, Blutzuckermessen über die Kontaktlinse und bald Früherkennung von Herzinfarkten durch intelligente Unterwäsche? Das ist keine Zukunftsmusik mehr. Genauso wenig wie Organe und Körperteile aus dem 3-D-Drucker oder individuelle Krebstherapien, die auf weltweiten Erfahrungen basieren. Das Ziel ist klar: Mehr Menschen sollen länger gesund bleiben. Die Autoren zeigen, wie der Arzt der Zukunft arbeitet, welche Rolle Datenschutz spielt und was das für uns als Patienten bedeutet.

Spahn, Müschenich, Debatin
App vom Arzt – Bessere Gesundheit durch digitale Medizin
2016, 137 S., € 16,99,
Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau

LANDESBASISFALLWERT

11 Milliarden Euro für Krankenhäuser in Bayern

FOTO photographie&alltag – stock.adobe.com

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) haben mit Wirkung zum 1. März 2018 den landesweit gültigen Basisfallwert für die Akutkliniken in Bayern vereinbart. Für das Jahr 2018 beträgt dieser 3.450,43 Euro. Das Landesbudget für die bayerischen Akutkliniken errechnet sich damit auf rund 11 Milliarden Euro und deckt die Behandlung von über drei Millionen Krankenhauspatienten in Bayern ab.

Die rund 350 akutstationären Kliniken und Einrichtungen in Bayern vereinbaren nun vor Ort mit den Krankenversicherungsträgern, welche und wie viele stationäre Behandlungen erbracht werden. Der abrechenbare Landesbasisfallwert liegt für diese Leistungen dabei aufgrund von Ausgleichen und Berichtigungen bei 3.442,48 Euro.

Der landesweite Basisfallwert ist die entscheidende Stellschraube für den größten Ausgabeposten der Krankenkassen. Für die Kliniken bestimmt er den wesentlichen Teil ihrer Erlöse. Im Krankenhausvergütungssystem gibt er den Preis für eine stationäre Behandlung mit durchschnittlichem Aufwand an.

MEDIZINBERUFE

247 Millionen Euro für die Ausbildung an Krankenhäusern

FOTO Peter Atkins – stock.adobe.com

Für die Ausbildung der Fachkräfte an den bayerischen Krankenhäusern stellen die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr 247 Millionen Euro bereit. Das sind fast acht Millionen Euro mehr als im Jahr zuvor.

Derzeit verfügen 136 bayerische Krankenhäuser über eine Ausbildungsstätte. Hier werden Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer, aber auch Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten sowie Diätassistenten, medizinisch-technische Labor- und Radiologieassistenten ausgebildet. Die bis zu drei Jahren dauernde Ausbildungen werden über den Krankenhaus-Ausbildungsfonds finanziert. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen einen Ausbildungszuschlag pro Krankenhausbehandlung aktuell in Höhe von gut 78 Euro in den Fonds ein.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a, 80634 München
www.vdek.com
Telefon 0 89 / 55 25 51-0
E-Mail LV-Bayern@vdek.com
Redaktion Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen
Druck Kern GmbH, Bexbach
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4045