

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ÄRZTLICHE VERSORGUNG** Zentren für erblich bedingten Brustkrebs | **INTERVIEW** Herausforderung Krankenhaushygiene | **INNOVATIONSFONDS** Neue Ideen für die Versorgung gesucht

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN, APRIL 2016

VDEK-BASISDATEN

Gesundheitsfakten für alle



FOTO: vdek

Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen oder Arzneimittel? Wie viele Vertragsärzte gab es im Bundesgebiet? Und wie haben sich die Werte im Vergleich zum Vorjahr verändert? Aktuelle Antworten liefert die 20. Ausgabe der „Basisdaten des Gesundheitswesens“ des vdek. Die Broschüre gibt auf 56 Seiten einen umfassenden Überblick über bevölkerungs- und versichertenbezogene Kennzahlen sowie über die Finanz- und Strukturdaten der ambulanten und stationären Versorgung. Die „Basisdaten“ liefern aber nicht nur Zahlen, sondern vermitteln in übersichtlichen Grafiken auch Grundlagenwissen, z.B. über die drei Finanzierungssäulen der GKV, die Funktionsweise des Gesundheitsfonds oder die Leistungen der Pflegeversicherung. Download unter www.vdek.com/presse/daten.html.

ARZNEIMITTHERAPIE

Leitlinienkonform, aber überversorgt?

Wer regelmäßig für Vorsorge zu seinem Arzt geht, möchte damit Erkrankungen frühzeitig erkennen. Doch muss ein zu hoher Blutdruck oder Cholesterinspiegel immer medikamentös behandelt werden? Oder ist „zu hoch“ nur eine Frage der Leitlinie, die ärztliches Handeln bestimmt?

Werden die Menschen immer kranker? Oder ist dies ein falscher Eindruck, weil die Grenzen, die die Risikobereiche definieren, immer weiter sinken? Tatsächlich ist die Tendenz erkennbar, dass labormedizinische Zielparameter, wie sie in den Leitlinien festgelegt werden, immer weiter nach unten korrigiert wurden. Wird der Richtwert überschritten, sollen Ärzte mit einer medikamentösen Therapie helfen, die Blutwerte zu verändern.

Galt früher noch ein Blutdruck von bis zu 140 mmHg als normal, heißt es nun, für bestimmte Patientengruppen sei schon 120 mmHg zu hoch. In den 90er Jahren galt man als Diabetiker bei einem Blutzuckergehalt von 144 mg/dl, heute bereits bei 100 mg/dl. Ähnliches ist beim Cholesterinspiegel zu beobachten: Hier ist, je nach zuzugewiesener Leitlinie, der Grenzwert von 260 mg/dl auf 200 mg/dl gesunken. Leitlinienkonforme Medizin kann dadurch auch ad absurdum geführt werden und lässt Ärzte mitunter „vorsichtshalber“ Medizin verschreiben, die vielleicht nicht nötig wäre. Der Leidtragende ist der Patient, der

eventuell ein Leben lang Tabletten nimmt – oder die Therapie gar vorzeitig abbricht, obwohl sie nötig wäre.

Die Ersatzkassen beobachten, dass tatsächlich die medikamentösen Interventionen immer früher beginnen und immer länger dauern. In der Folge sind in den vergangenen Jahren die Ausgaben für Arzneimittel gestiegen. So ist die jährliche Zahl der verschriebenen Medikamente bundesweit von 570 Millionen im Jahr 2004 auf 651 Millionen im Jahr 2014 gestiegen. In Bremen gaben die Krankenkassen im Jahr 2013 knapp 323 Millionen Euro für Arzneimittel aus, im Jahr 2014 bereits 348 Millionen Euro.

Leitlinien überdenken

Doch wie kommen die Leitlinien zustande? Die wissenschaftlichen Gesellschaften der Fachärzte geben Studien in Auftrag oder bewerten diese und legen auf dieser Grundlage aktuelle, der Diagnose angemessene Therapieempfehlungen fest. Nun sitzen in diesen Fachgesellschaften jedoch viele Experten, deren Interessenlagen



KOMMENTAR

Gesunde nicht zu Kranken machen



von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Viele Messwerte, die beim Arzt genommen werden, haben für sich nur eine geringe Aussagekraft. Dennoch sind sie oft der Beginn einer lebenslangen medikamentösen Therapie. Da ist es besonders kritisch, wenn die Grenzwerte immer weiter gesenkt werden. Die Ersatzkassen beobachten diese Tendenz mit Sorgen, denn hier werden allzu leicht aus Gesunden Kranke gemacht.

Es lohnt sich zu hinterfragen, wer hinter den Entscheidungen für die Leitlinien steht – und wer davon profitiert, wenn in der Folge mehr Arzneimittel verschrieben werden. Der Gewinn für den Einzelnen ist eventuell geringer als die Gefahr durch Nebenwirkungen und die Ängste, die möglicherweise unnötig geschürt werden.

Wichtig ist den Ersatzkassen, dass vor einer Verschreibung immer auch erst mögliche Verhaltensänderungen berücksichtigt werden. Die Ernährung umstellen, mehr Bewegung, mit dem Rauchen aufhören – all das kann schon die Blutwerte normalisieren. Hier helfen die Ersatzkassen ihren Versicherten mit zahlreichen Angeboten.

Darüber hinaus appelliere ich an den gesunden Menschenverstand: Mit Kanonen auf Spatzen schießen verunsichert die Menschen zutiefst. Mediziner sollten besser eine Medikation mit Augenmaß betreiben – und dringend mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln beobachten.



zumindest unklar sind, kritisiert der Bremer Gesundheitswissenschaftler Dr. Bernhard Braun. Teilweise stehen sie in mehr oder weniger enger Abhängigkeit von pharmazeutischen Unternehmen. Das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG, das die Beweiskraft von Studien überprüft, bewertet daher viele deutsche Leitlinien als wenig gesichert und verweist auf größere und verlässlichere Studien aus dem Ausland.

Generell muss die Aussagekraft von Grenzwerten überdacht werden, mahnen Kritiker: Immer häufiger behandelten Ärzte nicht eine tatsächlich vorliegende Erkrankung, sondern sie versuchten, das statistische Risiko einer späteren Erkrankung zu verringern. Durch die Fixierung auf Grenzwerte und die verbreitete Überzeugung unter Mediziner alles machen zu müssen, was möglich sei, würden somit Gesunde zu Kranken gemacht.

Polymedikation

Diese zunehmende Medikalisierung hat besonders bei älteren Patienten mit mehreren Erkrankungen schlimme Folgen: Sie nehmen oft viele Medikamente gleichzeitig ein. Einer Umfrage zufolge bekamen mehr als 60 Prozent der Patienten über 70 Jahre fünf oder mehr Arzneimittel mit schwer einzuschätzenden Wechselwirkungen. Polymedikation und unerwünschte

Nebenwirkungen von Arzneimitteln sollen bundesweit für 26.000 Todesfälle und 13 Millionen Krankenhauseinweisungen im Jahr verantwortlich sein.

Helfen kann hier nur eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Kliniken und Apotheken, damit der Patient besser beraten wird. Die Ersatzkassen haben bereits in einigen Modellregionen verschiedene Ansätze erprobt. In Bremen einigten sich Hausärzteverband und Apothekerkammer auf ein Faxformular, das bei Bedarf zum Arzt gesendet werden kann, um einen schnellen Informationsaustausch zu ermöglichen.

»Interessenlagen der Experten sind nicht immer eindeutig.«

Dr. Bernhard Braun

Auch die Idee, den Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern, ging ursprünglich in diese Richtung. Mit dem E-Health-Gesetz will die Koalition jetzt Medikamentenpläne zunächst in Papierform, ab 2018 in elektronischer Form einführen. So sollen die betreuenden Hausärzte gefährliche Wechselwirkungen bei Patienten mit drei oder mehr Medikamenten besser vorbeugen. Auch im Innovationsfonds (siehe S. 6) wird das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit in den Fokus genommen. ■



Gentest und Beratung zum Brustkrebs-Erkrankungsrisiko

Fünf bis zehn Prozent aller Fälle von Brust- und Eierstockkrebs entstehen durch einen angeborenen Defekt in den Erbanlagen. Medizinisch ist es inzwischen möglich, eine solche Disposition festzustellen – dies allein genügt aber nicht.

Die Diagnose Brustkrebs trifft in Deutschland jede achte bis zehnte Frau im Laufe ihres Lebens. Die Zahl der an Eierstockkrebs neu erkrankten Frauen liegt bei 8.000 pro Jahr. Auffällig ist, dass das Risiko zu erkranken in manchen Familien erhöht ist. Inzwischen sind zwei Gene bekannt, bei denen die meisten Veränderungen (Mutationen) vorkommen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Brustkrebs und auch zu Eierstockkrebs führen können. Diese zwei Gene werden BRCA1 und BRCA2 genannt – hergeleitet von BReast CANcer, dem englischen Wort für Brustkrebs. Beide Gene bergen ein unterschiedliches Risiko an Krebs zu erkranken, wenn sie mutieren.

Mit verändertem BRCA1-Gen erkranken durchschnittlich zwischen 60 und 80 Prozent der Trägerinnen an Brustkrebs, mit verändertem BRCA2-Gen sind es zwischen 45 und 80 Prozent. Das Risiko für die Entwicklung von Eierstockkrebs ist bei beiden Genen ebenfalls deutlich erhöht.

Diagnostik und Beratung

Etwa fünf bis zehn Prozent aller Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen gehen auf einen angeborenen Defekt in den Erbanlagen zurück. Dabei können sowohl Mutter als auch Vater Träger der Genveränderung sein und diese an die Nachkommen weitergeben. Eine Häufung von Brustkrebserkrankungen in der Familie kann daher ein Hinweis auf eine genetische Prädisposition sein.

Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten, bei denen der Verdacht auf eine solche Prädisposition besteht, eine

umfassende qualitätsgesicherte gendiagnostische Beratung in speziellen Zentren an. Dafür hat der vdek bundesweit Versorgungsverträge mit gendiagnostischen

»Die Ersatzkassen können ihren Versicherten in dieser Problematik höchste Qualität anbieten.«

Beratungszentren des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs abgeschlossen. Die bisher 15 sogenannten Konsortialzentren sind aufgrund ihrer wissenschaftlichen Exzellenz als einzige in der Lage, über die Gene BRCA1 und BRCA2 hinaus noch weitere acht Gene zu analysieren, die auf ein erbliches Erkrankungsrisiko hinweisen. Die Konsortialzentren sind auf qualifizierte Beratung, Genanalyse, Früherkennung und Nachsorge spezialisiert. Sie zeichnen sich durch eine besonders hohe Expertise bei der Gentestung und Interpretation der Testergebnisse aus und verfügen über die notwendige Erfahrung in der Beratung betroffener Frauen. „Die Ersatzkassen können ihren Versicherten in dieser Problematik höchste Qualität anbieten. Das ist Prävention auf einem sehr hohen Niveau“, so Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Bremen.

Mit einem Bluttest wird festgestellt, ob eine Genveränderung vorliegt. Fällt der Test positiv aus, kann dies zur Überlegung führen, das Brustdrüsengewebe oder die Eierstöcke zu entfernen. Beide Maßnahmen sind folgenreich. Das

Brustdrüsengewebe entfernen zu lassen ist eine Entscheidung, die keiner Frau leicht fällt und auch die Entfernung der Eierstöcke will wohl überlegt sein. Denn selbst wenn die Familienplanung abgeschlossen ist, lässt sich nicht einfach auf die Funktion der Eierstöcke verzichten. Hier werden die weiblichen Hormone produziert, ohne die eine Frau sofort in die Menopause kommt. Eine Hormonersatztherapie würde also notwendig werden.

Dies sind nur einige der Überlegungen und Abwägungen, die gemacht werden müssen – ganz abgesehen von den Strapazen der Operationen und des Heilungsprozesses. Die genetische Untersuchung allein genügt also nicht. Vielmehr muss bereits vor der Untersuchung eine Beratung stattfinden, um einen Umgang mit dem Wissen um die genetische Vorbelastung zu finden. Denn dies belastet und verändert nicht nur die Betroffenen, sondern auch deren familiäres und soziales Umfeld.

Anlaufstellen in der Region

Der vdek empfiehlt Frauen, die ihr erblich bedingtes Brust- oder Eierstockkrebsrisiko testen lassen wollen, an eines der Konsortialzentren zu wenden. Die zwei nächsten Konsortialzentren im Umfeld Bremens sind in Hannover das Interdisziplinäre Brustzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover und in Hamburg am Universitätsklinikum Eppendorf. Unter den Telefonnummern 05 11 / 5 32 45 29 für Hannover und 040 / 74 10 - 2 38 80 für Hamburg können Betroffene sich direkt an die Konsortialzentren wenden und gegebenenfalls einen Termin vereinbaren. ■

Resistente Erreger: Krankenhaushygieniker sind gefragt

Die Politik reagiert auf die wachsende Gefahr durch multiresistente Bakterien. Nur gibt es nicht genügend Krankenhaushygieniker, die die Landeshygieneverordnung für Kliniken vorschreibt.

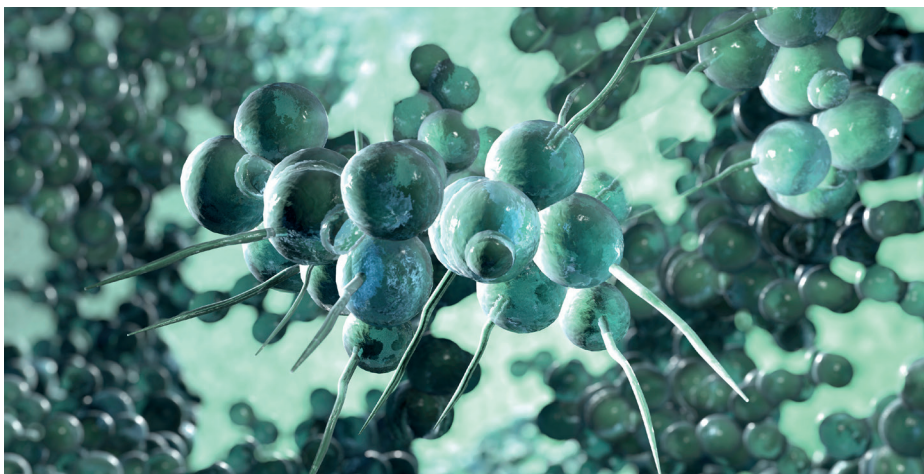


FOTO: rpglich - Fotolia.com

Das Thema ist inzwischen hinlänglich aus den Medien bekannt: Durch den unkritischen Gebrauch von Antibiotika im Gesundheitswesen und in der Tiermast haben sich multiresistente Keime gebildet, die immun gegen den bisherigen Bakterienfeind Antibiotikum sind. Besonders problematisch ist dies in Krankenhäusern. Kranke und immungeschwächte Menschen können einem Bakterium keine wirkungsvolle eigene Abwehr entgegensetzen. Eine Infektion, gegen die es keine wirksame Therapie mehr gibt, kann dann schwere Folgen haben. Einzig der gezielte Einsatz von Antibiotika und eine strikte Krankenhaushygiene können die multiresistenten Keime derzeit stoppen.

Die Krankenhäuser orientieren sich in ihrem Umgang mit der Hygiene an den Leitlinien des Robert Koch-Instituts. Gebunden sind sie dabei an die Landeshygieneverordnungen des jeweiligen Bundeslandes. Diese wurden mit der Novellierung des bundesweit geltenden Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auch in Bremen verschärft. Die Politik reagiert damit auf die

Problematik der wachsenden Resistenzbildung und will die einzigen Waffen stärken: Hygiene und Antibiotika-Strategien. Daher sahen die Regelungen unter anderem vor, dass mit einer Übergangsfrist bis Ende 2016 ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker in jeder Klinik mit mehr als 400 Betten vorgeschrieben ist. Dieses Stichdatum wurde allerdings gerade auf 2019 verschoben, da es nicht genügend Krankenhaushygieniker gibt.

Zu wenige Fachärzte für Hygiene

Bundesweit gibt es nur etwa 200 ausgebildete Fachärzte für Hygiene. Geeignet für den Beruf des Krankenhaushygienikers sind auch Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen mit entsprechender Fortbildung. Allerdings reicht die Anzahl auch dieser Fachärzte nicht aus, um den Bedarf zu decken. Daher ist es für eine Übergangszeit möglich, dass Fachärzte anderer Fachrichtungen eine umfangreiche Weiterbildung absolvieren, die sie zum Krankenhaushygieniker qualifiziert. ■

MRSA und MRGN unter der Lupe

MRSA steht für Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* – eine durch den breiten Einsatz von Antibiotika weitgehend Antibiotika-resistente Staphylokokkenart.

MRSA-Keime können Wundinfektionen, Atemwegsinfektionen, Entzündungen im HNO-Bereich, Hirnhautentzündung, Sepsis (Blutvergiftung) sowie tiefgehenden Haut- und Weichteilinfektionen hervorrufen.

Während MRSA eine einzige Bakterienart ist, handelt es sich bei MRGN (multiresistente gramnegative Bakterien) um eine Vielzahl von Bakterienarten mit unterschiedlichen Eigenschaften. Ihnen ist jedoch gemeinsam, dass sie ebenfalls resistent gegen häufig eingesetzte Antibiotika sind – eine Eigenschaft, die sie sogar artenübergreifend an andere Bakterien weitergeben können. „Gramnegativ“ bezieht sich auf eine Färbemethode für die Zellwand von Bakterien (entwickelt vom Bakteriologen Hans Christian Gram). Diese ermöglicht die mikroskopische Unterscheidung bestimmter Bakterienarten. Die durch MRGN hervorgerufenen Infektionen sind ähnlich breit gefächert wie beim MRSA-Bakterium.

Für gesunde Menschen stellen multiresistente Bakterien in der Regel kein Problem dar, weil ein stabiles Abwehrsystem vor einer Erkrankung schützt. Symptomlose Träger der multiresistenten Bakterien können diese aber unbemerkt verbreiten. Problematisch wird es, wenn das MRSA- oder MRGN-Bakterium zum Beispiel von der Haut oder aus dem Darm in Wunden oder in die Blutbahn eindringt und eine Infektion auslöst. Dieses Risiko ist besonders bei vorerkrankten Personen sehr groß.

INTERVIEW

Herausforderung Krankenhaushygiene

Rolf Schlesinger ist Anästhesist und Intensivmediziner. Er absolviert derzeit eine zweijährige Ausbildung zum Krankenhaushygieniker. Petra Fleischer ist seit vielen Jahren Hygienefachkraft. Beide arbeiten im St. Joseph-Stift Bremen.

Infektionsschutz bedeutet auf der einen Seite Hygiene und auf der anderen Seite der Umgang mit Antibiotika – wo setzt ihre Arbeit in der Praxis an?

RS Beides greift ineinander. Auf der einen Seite sind wir mit immer neuen Anforderungen in der Hygiene konfrontiert, da sich immer mehr Erreger – gerade auch Erreger, die multiresistent gegenüber Antibiotika sind – weiter ausbreiten. Das heißt, dass man in der Klinik natürlich erstmal solche Patienten entdecken muss, die eventuell diese Erreger ins Krankenhaus mitbringen. Die Frage „Wie gehe ich mit solchen Patienten um?“ betrifft dann akut die Krankenhaushygiene. Aber grundsätzliche Auswirkungen auf die Ausbreitung dieser Erreger hat der Umgang mit Antibiotika – hier sollte die Entwicklung von Resistenzen überhaupt erst vermieden werden.

Welche Strategien gibt es in Ihrer Klinik im Umgang mit multiresistenten Erregern?

RS Ich bekomme die mikrobiologischen Befunde aller Patienten auf meinen Tisch. Da mache ich eine Filterung nach kritischen Konstellationen. Und wenn sich eine Blutstrominfektion oder multiresistente Erreger zeigen und zu erwarten ist, dass sich die Antibiotikatherapie als schwierig erweisen wird, nehme ich Kontakt mit den klinisch tätigen Kollegen auf und bespreche beispielsweise Isolationsmaßnahmen und Therapie direkt vor Ort mit ihnen, um sicherzustellen, dass in einer solchen schwierigen Situation auch alles bedacht wird.

Was ist durch den Krankenhaushygieniker in der Praxis anders?

PF Wir Hygienefachkräfte haben vorher auch Auswertungen gemacht, aber nicht

mit der ärztlichen Expertise und mit dem Stundenkontingent, das jetzt mit dem Krankenhaushygieniker zur Verfügung steht. Jetzt führen wir gemeinsam mit dem Mikrobiologen und dem Krankenhaushygieniker mikrobiologische Visiten durch und es werden verbindliche Schlussfolgerungen aus den erfassten Daten gezogen. Die Erkenntnisse haben zur Konsequenz, dass wir uns ganz anders verhalten müssen – was die Antibiotikatherapie angeht und auch die tatsächliche Umsetzung am Krankenbett.

Was müsste zukünftig unbedingt umgesetzt werden?

RS Das sind weniger einzelne große Verbesserungen, sondern das sind ganz viele kleine Stellen, an denen man ansetzen kann. Aber natürlich auch große Brocken: Die Antibiotika-Surveillance ist in der Tat ein großes Thema. Da geht es darum, welche Antibiotikaklassen setze ich ein, wie sind diese zu bewerten von ihren Wirkungen, aber auch von ihren Nebenwirkungen her? Man weiß, wenn man bevorzugt bestimmte Antibiotikaklassen einsetzt, dass es zu einer Zunahme von resistenten Erregern kommen kann. Da gibt es Beziehungen, die teilweise nur der Forschung bekannt sind. Aber dieses Wissen muss in das Krankenhaus transportiert werden. Damit der Kliniker nicht mehr nur aus seiner Fachperspektive betrachtet: „Was hilft jetzt bei dieser Lungenentzündung am besten?“, sondern den gesamten Patienten im Blick hat und auch das Krankenhaus als Umfeld. Da muss es hauseigene Leitlinien zur Behandlung bestimmter Infektionen geben und Entscheidungen darüber, welche Antibiotika ins „Reservekästchen“ des Krankenhauses gehören.



PETRA FLEISCHER UND ROLF SCHLESINGER
VOM ST. JOSEPH-STIFT

Wie erfolgreich sind die Maßnahmen bisher?

RS Es gibt tatsächlich positive Tendenzen bei den MRSA-Fällen. In den 90er Jahren war die Problematik so richtig hochgekocht und die Tendenz ging ständig weiter nach oben. In den USA und Asien hat man zeitweise MRSA-Quoten bis zu 50 Prozent Anteil bei Staphylococcus aureus-Nachweisen erreicht und es stand zu befürchten, dass wir auch in Deutschland darauf zusteuern. Bei uns ging der Anteil dann Richtung 20 Prozent und ist in den letzten drei bis vier Jahren langsam wieder sinkend. Aber das neue große Schreckgespenst am Horizont sind die MRGN, also multiresistente gramnegative Erreger. Deren Tendenz ist zunehmend. Auch die Holländer, die in Hygienefragen im Gesundheitswesen Vorreiter sind, haben in dem Bereich genauso schlechte Zahlen wie wir. Viele haben die Befürchtung, dass wir auf eine sogenannte postantibiotische Ära zusteuern. Zwar sind in den letzten Jahren etliche Antibiotika gegen den MRSA entwickelt worden, aber es fehlen uns zunehmend scharfe Waffen gegen die MRGN.

PF Damit ist bei den MRGN eine grundsätzliche Basishygiene umso wichtiger. Das ist im Moment die Hauptwaffe. ■

Neue Ideen für die Versorgung gesucht

Der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen (G-BA) hat Schwerpunkte für den Innovationsfonds festgelegt. Es können sich jeweils thematisch offene sowie themenspezifische Projekte bewerben.

In einer ersten Ausschreibungswelle für den Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ sollen Ideen gefördert werden, die die Versorgung in strukturschwachen oder ländlichen Gegenden verbessern. Hinzu können auch Versorgungsmodelle kommen, die unter anderem Telemedizin und E-Health nutzen. Wichtig ist dem G-BA die Arzneimitteltherapie und Arzneimitteltherapiesicherheit (siehe Artikel auf S. 1-2). Auch Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen wie ältere oder pflegebedürftige Menschen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit psychischen oder seltenen Erkrankungen können gefördert werden.

Für den Förderbereich „Versorgungsforschung“ werden z.B. Projekte gesucht, die die Qualitätssicherung und Patientensicherheit weiterentwickeln oder die Folgen von Bürokratie auf die Patientenversorgung untersuchen. Auch Konzepte, die die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung verbessern, können vorgeschlagen werden.

Insgesamt werden im Innovationsfonds bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stehen. Ziel ist es, innovative sektorenübergreifende Projekte zu fördern, die Aussicht haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Auch die Ersatzkassen werden sich aktiv an der Erarbeitung innovativer Versorgungskonzepte beteiligen.

Generalistik mit Erfahrungen in allen Bereichen

Um die Attraktivität des Berufsfeldes der Alten- und Krankenpflege zu steigern, wird im Bundestag derzeit ein Kabinettsentwurf für ein Pflegeberufsgesetz diskutiert, das die Pflegeberufe grundlegend neu gestalten soll.



FOTO Peter Altkins – Fotolia.com

Vor allem die Ausbildung steht im Mittelpunkt dieses Vorhabens: So soll in Zukunft eine generalistische berufliche Ausbildung mit dem einheitlichen Berufsabschluss der Pflegefachfrau oder Pflegefachmann die einzelnen Ausbildungen zur Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflegekraft ablösen. Durch Praxisanteile unter anderem in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in speziellen Bereichen wie der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung sollen die Auszubildenden Einblicke in alle möglichen Berufsfelder und ein breit angelegtes pflegerisches Fachwissen erlangen. Kritiker befürchten, dass die Ausbildung dadurch zwar breit, aber nicht mehr fachlich tief genug ausgerichtet sei. Näheres wird allerdings noch zu regeln sein. Weiterhin soll auch der Zugang mit Hauptschulabschluss, aber auch ein Hochschulabschluss möglich sein,

Positiv bewertet der vdek einen weiteren wichtigen Aspekt des Gesetzes: Zukünftig soll das Schulgeld entfallen, die Auszubildenden sollen eine Ausbildungsvergütung erhalten, die über einen Landesausbildungsfonds finanziert wird. In diesen Fonds fließen die Umlagen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, aber auch der sozialen Pflegeversicherungen und Länder. In Bremen funktioniert ein ähnlicher Fonds bereits seit Jahren im Bereich der Ausbildung in den Krankenhäusern. An diesem beteiligen sich aber bislang nur die Krankenversicherungen finanziell.

Bislang wird mit einer Verabschiedung des Gesetzes bis zum Sommer 2016 gerechnet. Im Bundesrat wurde jedoch vorgeschlagen, den Start der Reform angesichts der zahlreichen nötigen Vorarbeiten in den Ländern auf den 1. Januar 2019 zu verschieben. ■

LANDESBASISFALLWERT

Vergütung für Bremer Krankenhäuser steigt um 0,85 Prozent

Die Schiedsstelle hat gesprochen: Der neue Landesbasisfallwert 2016 beträgt 3.296,26 Euro ohne Ausgleich. Damit liegt der Bremer Wert erstmals seit Einführung der Landesbasisfallwerte 2005 unter dem Bundesbasisfallwert von aktuell 3.311,98 Euro. Nachdem sich die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft (HBKG) in zwei Verhandlungsrunden nicht einigen konnten, hat die HBKG die Schiedsstelle nach § 18a KHG angerufen. Diese hat Ende Januar entschieden. Demnach beläuft sich das Landeserlösvolumen für die Ermittlung des Landesbasisfallwerts (LBFW) 2016 auf 758.140.135 EURO. Das Casemixvolumen für 2016 wurde auf 230.000 Bewertungsrelationen festgelegt.

Der LBFW ohne Ausgleich ist die Ausgangsbasis für 2017, mit Ausgleichen wegen der Basisberichtigung beträgt er 3.278,19 Euro. Eine Fehlschätzung der für das nichtärztliche Personal prognostizierten tarifbedingten Personalkostensteigerung wird bei den nächsten Verhandlungen 2017 berichtigt. Damit steigt der Landesbasisfallwert ohne Ausgleich 2016 gegenüber dem Vorjahr um 45,67 Euro, mit Ausgleich steigt die Vergütung um + 0,85 Prozent. Die Gesundheitssenatorin hat das Ergebnis des Schiedsstellenverfahrens genehmigt.

PSYCH-ENTGELT

Budgets für die Psychiatrie vereinbart

Das Pauschalisierte Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird als krankenhausespezifisches Budgetsystem ausgestaltet. Dies hat der Gesetzgeber im Februar 2016 entschieden.

Mit den neuen Eckpunkten zur Weiterentwicklung des PEPP soll es keine landesweit geltenden Tagespauschalen geben. Stattdessen wird ein Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen eingeführt, das sowohl bundesweite, empirisch kalkulierte Entgelte als auch regionale und hausindividuelle Besonderheiten berücksichtigt.

Grundlage wird ein Entgeltkatalog sein, der mithilfe von Daten aus repräsentativen Kalkulationshäusern ermittelt wird. Diese Häuser müssen die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen, unter anderem eine bestimmte Personalausstattung vorhalten. Wieviel Personal tatsächlich nötig ist, soll bis zum Jahr 2020 überarbeitet werden. Daneben soll eine Erhöhung oder Absenkung des Budgets individuell verhandelt werden, je nach regionalen Notwendigkeiten.

Der vdek bewertet die steigende Transparenz grundsätzlich positiv. Gleiche Leistungen sollen nach Überzeugung der Ersatzkassen auch im Psychiatriebereich bundesweit gleich vergütet werden. Ein vereinbartes Budget bedeutet für die Häuser jedoch auch, dass Abweichungen zu Mehr- oder Mindererlösausgleichen führen, es ist nicht gleichzusetzen mit einer reinen Kostenerstattung.

Eine inhaltliche Neuerung: Patienten mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung können in Zukunft in einer akuten Phase von einem mobilen multiprofessionellen Behandlungsteam auch zuhause betreut werden. Dadurch sollen die Einschnitte im Alltagsleben der Patienten verringert, stationäre Aufenthalte vermieden und die Zahl der Therapieabbrüche reduziert werden. Sowohl psychiatrische Krankenhäuser als auch Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer

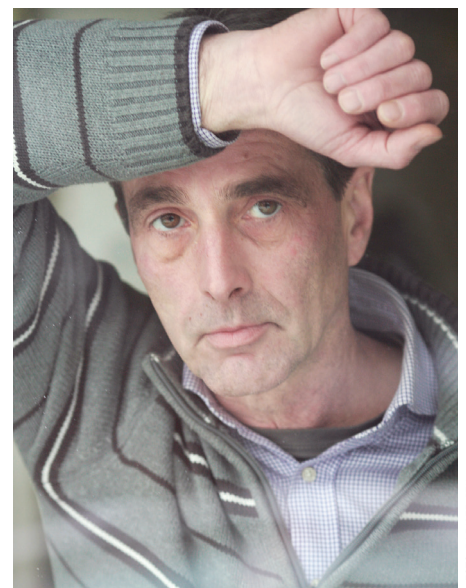


FOTO: DARMER G&K

Abteilung können das „Hometreatment“ anbieten. Die „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ soll aus der Krankenhausvergütung bezahlt werden.

Bei der bislang freiwilligen Testphase von PEPP hatten sich die vier stationären Einrichtungen in Bremen nicht beteiligt. Ab 2017 soll das Psychiatrie-Entgelt bundesweit verbindlich für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gelten. Das System der psychiatrischen Institutsambulanten soll allerdings nicht in das neue Entgeltsystem einbezogen werden. ■

BÜCHER

Medizingeschichten

Wie kam es zur Entdeckung des Blutkreislaufes, wo man doch lange Zeit glaubte, die Leber produziere täglich Tausende von Litern Blut? Warum sind Hirnschrittmacher erst viel später als Herzschrittmacher auf der medizinischen Bühne erschienen, obwohl das Gehirn schon in der Antike trepaniert und erforscht wurde? Die Antworten auf diese und andere Fragen werden nicht nur wissenschaftlich exakt, sondern auch unterhaltsam gegeben. Das Buch bietet in populärwissenschaftlicher Weise neues Lese- und Bildungsvergnügen.



A. Otte, O. Erens (Hg.)
Geschichte(n) der Medizin
2015, 180 S., 38 €
Gentner Verlag, Stuttgart

ARZTHONORAR

Gütliche Einigung im ambulanten Bereich

Die Honorarverhandlungen 2016 zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Damit stellte die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wie in den Vorjahren ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis. Für die Behandlung der Bremer Versicherten stellen die Krankenkassen 8,5 Mio. Euro zusätzliches Honorar (ca. 2,6 Prozent) bereit. Der regionale Punktwert in Bremen, mit dem die ärztlichen Leistungen vergütet werden, entspricht dem von der Bundesebene vorgegebenen Orientierungspunktwert von 10,4361 Euro-Cent.

VDEK INTERN

Email-Adresse ändern!

Sieben Jahre nach der Start des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) werden auch in der digitalen Welt die Weichen endgültig gestellt. Der vdek ging hervor aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. Bislang kamen auch Schreiben über die alte Email-Domain „vdak-aev.de“ an. Damit ist jetzt Schluss. Künftig sind die vdek-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter nur noch zu erreichen unter ihrer Email-Adresse, die sich zusammensetzt aus **vorname.nachname@vdek.com**.

Mitgliedszahlen

Waren im Jahr 2009 rund 230.000 Menschen bei den Ersatzkassen in Bremen versichert, sind es mittlerweile über 244.000 Versicherte bei den sechs Mitglieds-kassen des vdek. Damit sind die Ersatzkassen weiterhin die landesweit größte Kassenart.

IN EIGENER SACHE

Richtigstellung

In unserer Dezember-Ausgabe haben wir das St. Joseph-Stift in unserem Bericht über die Versorgung von Frühgeborenen in Bremen als einfache Geburtsklinik bezeichnet. Tatsächlich ist die Klinik „Level III – Perinataler Schwerpunkt“ mit einer neonatologischen Einheit von sechs Betten, die fachärztlich in Kooperation rund um die Uhr von Kinderärzten des Klinikums Bremen-Mitte versorgt wird. Somit gibt es, entgegen unserer Darstellung, mit dem St. Joseph-Stift in Bremen ein Krankenhaus mit perinatalen Schwerpunkt.

VDEK-ARZTLÖTSE

Hilfen für Menschen mit Behinderungen



FOTO RioPatuca Images – Fotolia.com

Schwerbehinderte Menschen benötigen barrierefreie Arzt- oder Therapeutenpraxen, doch diese gibt es in Bremen noch zu selten. So können laut vdek-Arztlotse nur 576 niedergelassenen Praxen im Land Bremen mit dem Rollstuhl aufgesucht werden. Aktuell wurden 1461 Praxen von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten und Medizinische Versorgungszentren ausgewertet, die bei der Selbstauskunft mindestens ein Kriterium von Barrierefreiheit angegeben hatten. Danach waren 521 Praxen ebenerdig oder boten einen Aufzug an. 18 Praxen hatten barrierefreie Toiletten, 39 Praxen Behindertenparkplätze. In Bremen leben mehr als 58.000 schwerbehinderte Menschen. Der vdek-Arztlotse ist das einzige Bewertungsportal der gesetzlichen Krankenkassen mit detaillierten Informationen zur Barrierefreiheit: www.vdek-arztlotse.de.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann
Verantwortlich Kathrin Herbst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061