C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

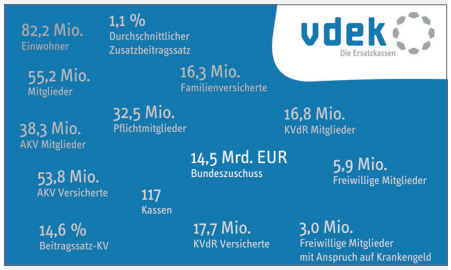
IN DIESER AUSGABE KAISERSCHNITTE Wie können sie vermieden werden? | **IGEL-MONITOR** Was ist notwendig? **SOZIALWAHL** Was tut die Selbstverwaltung? | **NOTFALLVERSORGUNG** Was kann verbessert werden?

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. MAI 2017

VDEK

Aktuelle Basisdaten liegen vor



GRAFIK vdek

Einen spannenden Blick auf die Zahlen ermöglichen die „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2016 / 2017“, die jetzt zum 21. Mal erschienen sind. Das 56-seitige Nachschlagewerk liefert Daten, Zahlen und Fakten zum deutschen Gesundheitssystem. Grafiken, Tabellen und Diagramme zeigen in anschaulicher Weise Veränderungen auf und geben gesundheitspolitisch interessante Hintergrundinformationen zu Bevölkerung, Versicherten, Finanzierung, Versorgung und Pflegeversicherung. So erfahren Interessierte, dass mehr als 2,8 Millionen Versicherte 2015 Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhielten, so viele wie nie zuvor. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betrugen 2015 rund 202 Milliarden Euro, ein historischer Höchststand. Bestellung unter basisdaten@vdek.com oder online unter https://www.vdek.com/presse/daten.html.

ERSATZKASSENFORUM 2017

Natürlich ist möglich – auch nach Kaiserschnitt

Eine natürliche Geburt, auch bei vorhergehendem Kaiserschnitt, sollte der erwartete Geburtsmodus sein. Das forderte Prof. Dr. Mechthild Gross, Hannover, auf dem Ersatzkassenforum 2017 in Bremen vor mehr als 70 Gästen aus Gesundheitswesen und Politik.

Die Veranstaltung wurde in Zusammenarbeit mit der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, dem Bremer Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt und der Bremischen Gleichstellungsstelle ausgerichtet. Sie verstand sich als Fortsetzung des Ersatzkassenforums 2013, das das Problem der steigenden Kaiserschnittraten erstmals aufgriff. Seitdem ist einiges geschehen. Das Bündnis aus Hebammen, Ärzten und Krankenkassen hat z. B. Empfehlungen entwickelt, die mittlerweile schon Wirkung zeigen: So wurden an zwei Krankenhäusern Beckenendlageteams gebildet, die bereit stehen, wenn eine Entbindung wegen Steißgeburt zu einem Kaiserschnitt zu werden droht. Insgesamt ist die Zahl der Kaiserschnitte in Bremen um mehr zwei Prozent auf 30 Prozent gesunken. Doch um die Rate weiter zu reduzieren, muss vor allem der Anteil der erneuten Kaiserschnitte nach vorhergegangener Sectio verringert werden. Wie dies geschehen kann, war Thema des aktuellen Ersatzkassenforums am 29. März 2017.

Prof. Dr. Gross stellte die gerade abgeschlossene europäische OptiBirth-Studie vor, die die Kaiserschnittraten in verschiedenen Ländern verglich und mit der vorherrschenden Beratungskultur in Verbindung brachte. Ein Ergebnis, das sie in Bremen präsentierte: Es ist wichtig, die Grundhaltung in der Geburtshilfe zu ändern, so dass davon ausgegangen wird, dass Frauen auch nach vorherigem Kaiserschnitt eine vaginale Geburt beim zweiten Kind haben können (VBAC = vaginal birth after cesarean = vaginale Geburt nach Kaiserschnitt).

„Weniger Angst ist förderlich“

Bereits in der frühzeitigen Geburtsberatung sollte darauf hingewiesen werden, dass auch bei VBAC eine Erfolgsquote von 74 Prozent erreicht werde. Gerade das oft befürchtete Reißen des Uterus nach einer vorhergegangenen Schnittgeburt könne z. B. vermieden werden, wenn bei der zweiten Geburt der Beginn der Wehen abgewartet werde. Dieses Wissen könne werdende Mütter beruhigen und bestärken, eine vaginale Folgegeburt zu

→

KOMMENTAR

Alle an einem Strang

FOTO vdek

von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Bremen hat in Sachen Senkung der Kaiserschnittrate bereits einen großen Schritt getan, wie die aktuelle Statistik zeigt: Durchschnittlich 30 Prozent aller Geburten werden per Sectio vorgenommen, weniger als im Bundesdurchschnitt. Ermöglicht wurde dies auch dank der Empfehlungen, die das Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt erarbeitet hat, und die jetzt in den Krankenhäusern umgesetzt werden, z. B. durch Beckenendlage-Teams, deren Expertise von allen Häusern genutzt wird. Dennoch ist eine weitere Senkung nur möglich, wenn alle Geburtshelfer, im ambulanten und im stationären Bereich, mit einer Stimme sprechen.
Vor allem die niedergelassenen Ärzte sollten den werdenden Müttern frühzeitig Sicherheit geben, dass eine natürliche Geburt auch trotz vorangegangenem Kaiserschnitt möglich ist. Dafür ist eine kluge Information nötig, mit einer professionellen Einschätzung der Risikosituation. Und hier hilft es den Schwangeren, wenn alle an einem Strang ziehen und die natürliche Geburt in jeder Situation erst einmal als Normalfall anstreben statt zu früh Ängste zu wecken, die oft unbegründet sind, aber weitreichende Folgen haben. Nur so kann eine weitere Senkung der Kaiserschnittrate erreicht werden, zum Wohle der Mütter und der Kinder.

→

versuchen. Gross machte deutlich: „Weniger Angst bei den Geburtshelfern ist förderlich für das Gelingen einer VBAC."

Angeregt diskutiert wurde ihre Erkenntnis aus der Studie, dass in Ländern mit einer hohen VBAC-Rate vor allem die Gynäkologen, gemeinsam mit den werdenden Müttern, die Entscheidung über den Geburtsmodus treffen, während in Deutschland eher die Meinung vorherrscht, die Entscheidung der Mutter sei grundsätzlich vorrangig. Dies sei schwierig zu vereinbaren, zumal sich Mütter für oder gegen etwas entscheiden müssten, was sie oft nicht wirklich beurteilen könnten. Entscheidungshilfen und Informationsprogramme seien hier sehr wichtig, um Entscheidungskonflikte zu vermeiden.

Frühzeitige Information hilft

In einem zweiten Vortrag präsentierten drei Master-Studentinnen des Bremer Instituts für Public Health und Pflegewissenschaften ein von ihnen entwickeltes Interventionskonzept, das in Projektpatenschaft mit der Techniker Krankenkasse entstand. Danach sei die frühzeitige Beratung von Müttern, die gerade einen Kaiserschnitt erlebt haben, bereits im Krankenhaus sehr wichtig, um Ängste zu nehmen. Ein fokussiertes Entlassmanagement könne diesen Frauen helfen, sich beim nächsten Mal trotzdem auf eine natürliche Geburt einzulassen. Auch lokale Leitlinien, die ein abgestimmtes einheitliches Vorgehen von Geburtshelfern aller Disziplinen vor Ort ermöglichen, seien wichtig, um die Rate der wiederholten Kaiserschnitte zu senken. Unbedingt seien Opinion Leader, also Ärzte, Hebammen und andere Fachleute einzubeziehen und als Multiplikatoren einzusetzen.

Die Entwicklung von S3-Leitlinien wurde auch von Dr. Martin Kluxen vom medizinischen Kompetenzzentrum des vdek begrüßt. In diese Leitlinien müssten die vorhandenen Studien einfließen. Dazu sei allerdings eine bessere Evidenz nötig, was konkret die Kaiserschnittrate senken könne. Die Aufnahme des Gesundheitszieles „Gesundheit rund um die Geburt" in den nationalen Katalog mit der Betonung der natürlichen Geburt sei wichtig gewesen, so Kluxen, und „eine wichtige Messlatte, hinter die wir nicht zurück können". Die Krankenkassen müssen eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten und dafür sorgen, dass die Schwangere objektiv und patientenorientiert informiert werde, denn nur sie könne und müsse die Entscheidung treffen.

FOTO vdek

GRUPPENBILD MIT SENATORIN: (v.r.n.l.) Susanne Heitz (Uni Bremen), Dr. Martin Kluxen (vdek Berlin), Prof. Dr. Mechthild Gross (Medizinische Hochschule Hannover), Prof. Dr. Eva Quante-Brand (Gesundheitssenatorin), Kathrin Herbst (vdek Bremen), Ulrike Hauffe (ZGF), Laura Beuke und Nadine Watras (Uni Bremen)

INTERVIEW

Objektiv bewertet und verständlich aufbereitet

Von „unbedingt notwendig“ bis „reine Abzocke“ – Die Meinungen über die Individuellen Gesundheitsleistungen gehen weit auseinander. Der vdek sprach dazu mit Dr. Christian Weymayr, dem Projektleiter des IGeL-Monitors.

FOTO MDS

DR. CHRISTIAN WEYMAYR,
Freier Medizinjournalist, Projektleiter IGeL-Monitor

Fünf Jahre IGeL-Monitor – was hat sich bewährt? Worauf sind Sie stolz?

Sehr bewährt hat sich, dass im IGeL-Monitor die wissenschaftlich fundierte Bewertung der Leistungen einerseits und die verständliche Aufbereitung andererseits Hand in Hand gehen. So soll gute Patienteninformation heutzutage aussehen. Dass die Medien in fast allen Beiträgen zum Thema IGeL auf uns als verlässliche Quelle verweisen, macht uns stolz.

Wie sichern Sie Objektivität?

Der Garant für Objektivität ist Transparenz. Da wir den Bewertungsprozess offenlegen, kann jeder prüfen, wie wir zu unseren Bewertungen kommen. Er kann uns dann gegebenenfalls auf Versäumnisse hinweisen, etwa dass wir eine wichtige Studie übersehen haben. Das ist bislang aber noch nicht geschehen.

Wie läuft eine IGeL-Bewertung ab?

Das ist ein aufwändiger, mehrstufiger Prozess nach den Standards der Evidenzbasierten Medizin: Mit einer definierten Fragestellung durchforsten unsere Wissenschaftler Datenbanken nach klinischen Studien und Übersichtsarbeiten. Dann suchen sie die inhaltlich passenden Arbeiten heraus und bewerten deren Qualität. Schließlich analysieren sie die Größe von Nutzen und Schaden der IGeL und halten auch fest, wie verlässlich diese Aussagen sind. Am Ende steht dann die Gesamtbewertung, in der Nutzen und Schaden gegeneinander abgewogen werden.

Gibt es überhaupt genug evidenzbasierte Studien?

Meist ist die Studienlage unbefriedigend. Wenn es keine aussagekräftigen Studien zur definierten Fragestellung gibt, sehen wir auch keine Hinweise auf einen Nutzen. Bei den möglichen Schäden ist das etwas anders. Hier kann die Fragestellung meist etwas weiter gefasst werden. So bringt eine Operation beispielsweise immer Risiken mit sich, unabhängig davon, warum man die Operation macht. Und Früherkennungsuntersuchungen finden immer auch Krankheiten, die man gar nicht hätte finden müssen, weil sie zeitlebens unauffällig geblieben wären.

Welche Reaktionen ruft der IGeL-Monitor hervor?

Ganz überwiegend positive. Naturgemäß kommen die kritischen Stimmen meist von Ärzteseite. So wird manchmal beklagt, dass wir ja nur ins Leben gerufen wurden, um das GKV-System zu verteidigen. Solche Kritik wird aber nie an konkreten Beispielen festgemacht, ist also wenig hilfreich. Andererseits kommt es auch vor, dass Ärzte uns loben und uns sogar auffordern, bestimmte IGeL zu bewerten.

Worin sehen Sie den größten Vorteil des Monitors?

Der IGeL-Monitor füllt eine Lücke. Nur jeder vierte Patient ist, wie wir aus einer eigenen Befragung wissen, mit den Informationen zum Schaden von IGeL, die ein Arzt anbietet, zufrieden. Hier leisten wir wertvolle Aufklärungsarbeit und bewahren Versicherte davor, für Leistungen zu bezahlen, die bei näherer Betrachtung längst nicht das halten, was der Arzt verspricht, und die ihnen sogar schaden können.

Welche Botschaft möchten Sie Ihren Nutzern noch vermitteln?

Deutschland leistet sich ein sehr großzügiges Gesundheitssystem, das die Versicherten gut versorgt. IGeL sind hier bestenfalls ein Sahnehäubchen, im Normalfall sind sie aber schlicht unnötig oder sogar schädlich. Dringend sind IGeL jedenfalls nie. Wir können natürlich nicht alle existierenden IGeL bewerten. Wir sind ein sehr kleines Team, das zusätzlich andere Aufgaben hat und jetzt auch verstärkt Ressourcen in die Aktualisierung von Bewertungen stecken muss.

Von den Krankenkassen wünschen wir uns einen sensiblen Umgang mit Satzungsleistungen. Das Kassensystem hat aus meiner Sicht ein gewisses Glaubwürdigkeitsproblem, wenn es auf der einen Seite die Kostenübernahme für Leistungen wegen fehlender Evidenz ablehnt und wenn auf der anderen Seite einige Kassen Leistungen freiwillig bezahlen, obwohl es auch für sie keine Nutzenevidenz gibt. Dieser Widerspruch fällt auch auf uns zurück.

REFORMVORSCHLÄGE DES VDEK

Optimierungsbedarf in der Notfallversorgung

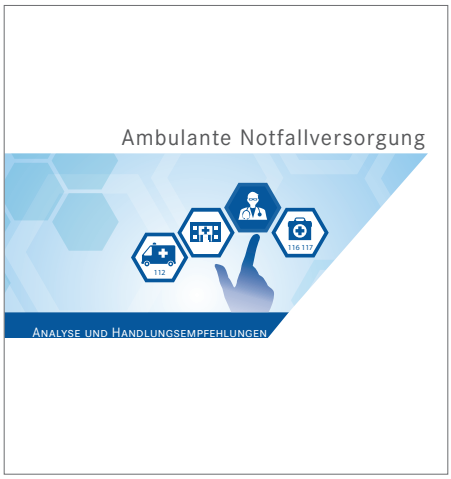
Der Verband der Ersatzkassen (vdek) will die Versorgung in der ambulanten Notfallmedizin verbessern. Auf der Grundlage eines Gutachtens des AQUA-Instituts hat er Vorschläge für eine Reform entwickelt.

Ambulante Versorgung von Notfällen findet in drei Versorgungssektoren statt: bei den niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie im mobilen Rettungsdienst der Kommunen. Zwischen diesen Bereichen gibt es viele Schnittstellen, aber es fehlt oft eine sektorenübergreifende Koordination. Hier sieht der vdek Optimierungsbedarf.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Behandlungen in den Notaufnahmen bundesweit massiv gestiegen. Eine Ursache liegt darin, dass viele Patienten in die Notfallambulanzen der Kliniken kommen oder den Rettungswagen rufen, obwohl ihnen woanders ebenso gut geholfen werden könnte. Die Gründe sind unklare Zuständigkeiten, ein verändertes Patientenverhalten und die Erwartung einer besseren und schnelleren Versorgung im Krankenhaus. Diese Fehlinanspruchnahme ist allerdings nicht nur teuer für das Gesundheitssystem, sondern blockiert Kapazitäten, die für echte Notfälle nötig sind.

Handlungsempfehlungen

Um diese Situation zu ändern, ist eine engere Kooperation und stärkere Vernetzung der Akteure wichtig. Das AQUA-Gutachten formuliert diesbezüglich mehrere Handlungsempfehlungen. So kann die Einrichtung von sogenannten Portalpraxen an den Krankenhäusern die Situation entspannen. Das ist eine zentrale



GRAFIK vdek

Anlaufstelle, an die sich Patienten jederzeit im Notfall wenden können und von der aus sie in die für sie richtige Versorgungsstruktur geleitet werden. Zusätzlich kann eine kassenärztliche Notfallpraxis integriert sein, die die ärztliche Behandlung der ambulanten Notfallpatienten übernimmt. Grundlage sollte eine standardisierte Einschätzung wie ein sogenanntes Triage-System sein, das gewährleistet, dass die Patienten einheitlich und nachvollziehbar entweder in die Notdienstpraxis, die Notaufnahme oder den niedergelassenen haus- bzw. -fachärztlichen Bereich gesteuert werden, je nach individueller Dringlichkeit und Behandlungsbedarf.

Auch eine enge Kooperation der Leitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung (116 177) und der Rettungsleitstelle (112) ist notwendig. Bei lebensbedrohlichen Notfällen müssen Anrufe beim Notdienst der KV unmittelbar an den Rettungsdienst weitergeleitet werden. Umgekehrt muss die Rettungsleitstelle wissen, wann sie weniger dringliche Fälle an den KV-Dienst verweisen kann. Zudem muss die Rufnummer des ärztlichen Notdienstes (116117) besser und flächendeckend bekannt gemacht werden.

Enge Begleitung durch Case Management

Damit es vor allem bei chronisch kranken oder multimorbiden Patienten nicht so schnell zu Notfällen kommen kann, die im Krankenhaus enden, ist eine engmaschige und persönliche Betreuung im niedergelassenen Bereich wichtig, betont das AQUA-Gutachten. Neben den bereits existierenden weit verbreiteten Disease-Management-Programmen wurden in Deutschland praxisbasierte Case-Management-Programme entwickelt, die eine verbesserte Betreuung möglich machen.

Da die Mediziner in der ambulanten Notfallversorgung nicht alle die gleichen fachlichen Voraussetzungen im Umgang mit Notfallpatienten haben, ist eine entsprechende qualitativ hochwertige Fortbildung für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal unerlässlich. Dafür sollten bundesweit einheitliche Qualifikationsanforderungen im ärztlichen Notdienst entwickelt werden, die gegebenenfalls durch Fortbildungsmodule erreicht werden können. Und nicht zuletzt muss auch die gesamte Struktur der Notfallversorgung für die Bevölkerung bekannter werden, damit potenzielle Patienten wissen, wie sie in einem Notfall reagieren sollten. Nur wenn alle Akteure zusammen arbeiten und diese Arbeit transparent machen, kann die Versorgung auch in Zukunft in der bewährten hohen Qualität sichergestellt bleiben.

NOTFALLVERSORGUNG

Gute Kooperation in Bremen

Seit Oktober 2015 ist der Bereitschaftsdienst der Bremer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in direkter Nähe zur Notaufnahme des St. Joseph-Stifts. Der vdek sprach mit KV-Vorstand Günter Scherer (inzwischen stellvertretender Vorstand der KV Berlin) und Dr. Jörg Hermann sowie Torsten Jarchow, Geschäftsführer St. Joseph-Stift. In diesem Jahr sind auch die Bereitschaftsdienste in Bremen-Nord und Bremerhaven umgezogen.

FOTO vdek

GEMEINSAM ZIEL ERREICHT: Günter Scherer (links) und Dr. Jörg Hermann (rechts) von der KV mit Torsten Jarchow vom St. Joseph-Stift

Wie sieht Ihre Bilanz aus?

Scherer Wir bemerken eine deutlich gestiegene Nachfrage im Bereitschaftsdienst um etwa 10 bis 15 Prozent auf rund 22.200 Menschen. Durch die räumliche Nähe haben wir die Möglichkeit geschaffen, dass die Notaufnahme Fälle zu uns hinüberschieben kann, die ambulant behandelt werden können. Damit ist dort Platz für Notfälle, die tatsächlich die Notaufnahme brauchen.

Jarchow Es hat uns überrascht, wie schnell sich der neue Ort herumgesprochen hat. Dieser Standort hier ist besser zu erreichen als der vorherige am Krankenhaus Bremen-Mitte. Mit der Tiefgarage und Straßenbahn- und Busanbindung von zwei Seiten kann der Bereitschaftsdienst nicht verfehlt werden. Die Zusammenarbeit wirkt sich sehr positiv aus. Es ist unser Ziel, die gemeinsamen Strukturen auch im Notfall zu nutzen, und das funktioniert: Einmal gab es tatsächlich eine lebensbedrohliche Situation, da ging es einem Patienten im Bereitschaftsdienst wider Erwarten sehr schlecht, aber wir waren so gut abgestimmt, dass unser internes Notfallteam aus der Anästhesie von nebenan sofort eingreifen konnte.

Scherer Dadurch, dass beide, Bereitschaftsdienst und Notaufnahme, einen gemeinsamen Eingang haben, links der Bereitschaftsdienst und rechts die Notaufnahme ist, geht keiner verloren und man kann sich wechselseitig gut unterstützt. Diesen Grundgedanken wollen wir auch in Bremerhaven und Bremen-Nord etablieren. In Bremerhaven sind wir ans Ameos St. Joseph-Hospital umgezogen, Bremen-Nord wurde Anfang März eröffnet.

Der Bereitschaftsdienst ist geöffnet, wenn die niedergelassenen Praxen geschlossen sind, und entlastet die Notaufnahme, indem er die leichteren Fälle übernimmt. Es gehen aber auch zu regulären Zeiten Menschen in die Notaufnahme, die eigentlich auch ambulant behandelt werden könnten.

Jarchow Dieses Problem der Fehlinanspruchnahme wird hier nicht gelöst. Aber bevor die KV auf uns zukam, waren wir mit den Herausforderungen in der Notaufnahme allein. Im Vergleich zu vorher ist die Kooperation mit der KV ein enormer Fortschritt, denn nun teilen wir uns die Abdeckung ab 19 Uhr und am Wochenende und unterstützen uns gegenseitig.

Scherer Man kann sicher diskutieren, ob man die Öffnungszeiten variiert. Aber ich habe Zweifel, ob es Sinn macht, Doppelstrukturen aufzubauen und am Krankenhaus eine Allgemeinmedizin vorzuhalten zu Tageszeiten, in denen in ganz Bremen die Niedergelassenen offen sind. Vielleicht muss man eher die Frage stellen, ob man diese Fehlinanspruchnahme einfach akzeptiert oder ob man nicht mal versucht, Patienten, die mit einem Schnupfen in die Notaufnahme kommen, an der finanziellen Belastung zu beteiligen oder in die Arztpraxen zu schicken.

Hermann Mit einer 24-Stunden-Portalpraxis am Krankenhaus wäre die von Politikern immer wieder geforderte umfassende Normalversorgung beendet. Für eine Stelle in einer Portalpraxis sind sechs Personen nötig. Wenn man dann die zwölf Krankenhäusern Bremens nimmt, haben wir jetzt schon nicht genügend Allgemeinärzte, und niedergelassene Praxen könnten nicht besetzt werden.

Ein anderes Thema, das damit zusammenhängt, ist der KV-Notruf 116117. Kann dies eine ähnliche Erfolgsstory wie die Kooperation zwischen KV und St. Joseph-Stift werden?

Scherer Das ist sicherlich ein Prozess, der über längere Zeit beworben werden muss, um die Nummer in den Kopf reinzukriegen. Dazu kommt eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Rettungsleitstelle. Hat der Disponent den Eindruck, dass ein Anrufer unter 112 eigentlich ein Fall für den Bereitschaftsdienst ist, wird der Patient weitergeleitet in den telefonischen Bereitschaftsdienst der KV. Das sind im Monat ca. 80 bis 90 Fälle, die falsch adressiert sind und dann vom Bereitschaftsdienst entsprechend versorgt werden. Entweder wir klären telefonisch, ob es Zeit bis zum nächsten Tag hat, bitten den Anrufer in den Bereitschaftsdienst oder schicken einen Arzt raus. Das sind dann alles Fälle, bei denen die Fahrt mit dem Rettungswagen gespart worden ist für wirkliche Notfälle.

VDEK

Selbstverwalter informieren sich über Arbeit des vdek

FOTO vdek

ZU GAST IN DER BREMER LANDESVERTRETUNG: Selbstverwalter der Ersatzkassen

Die Landesvertretung des vdek in Bremen hatte am 23. März die in Bremen wohnenden Mitglieder der Verwaltungsräte der Ersatzkassen eingeladen. Der Einladung waren mit Herrn Zahn, der als stellvertretender Verbandsvorsitzender des vdek angereist war, zehn Selbstverwalter gefolgt. Die Mitarbeiter aus den unterschiedlichen Ressorts der Landesvertretung haben die Eingeladenen über die Arbeit des vdek und die aktuellen gesundheitspolitischen Themen im Land informiert. Auch über die Strukturen, Anbieter in der Versorgung sowie politische und verbandsinterne Gremien konnten die Gäste interessante Fakten und wichtige Zusammenhänge erfahren. Unter dem Titel „Planung, Qualität, Finanzierung“ wurden den Gästen die Zusammenhänge und aktuellen Entwicklungen aus dem stationären Bereich dargelegt. Außerdem wurde über die Arbeit des Referates Pflege berichtet – ein Bereich, in dem durch die aktuellen Pflegestärkungsgesetze vieles im Umbruch ist. In der lebhaften Diskussion zeigte sich ein großes Interesse an den Themen. Besonders im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsversorgung, mit ihren Herausforderungen in demografischer und technologischer Sicht, wollen die Selbstverwalter gut informiert sein, um ihre Aufgaben fundiert wahrnehmen zu können.

DREI FRAGEN AN ULRIKE HAUFFE

„Prävention, Satzungsleistungen und Arzneimittel … nahezu alle Versorgungsthemen sind geschlechtsdifferent zu betrachten“

FOTO www.kerstinrolfes.de

ULRIKE HAUFFE ist Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen und stellvertretende Vorsitzende des BARMER-Verwaltungsrats

Sie sind Landesfrauenbeauftragte und waren als Diplom-Psychologin in Klinik und Praxis tätig – kennen das Gesundheitswesen also aus unterschiedlichen Perspektiven. Welche Rolle spielt die Selbstverwaltung?

Die Bedeutung von Verwaltungsräten ist häufig nicht bekannt – ein Grund für viele, sich nicht an den Sozialwahlen zu beteiligen. Ich neige dazu, den besser bekannten Begriff des „Aufsichtsrats“ zu verwenden – auch wenn es diesen nur in der Privatwirtschaft gibt. Im Verwaltungsrat werden die Grundzüge der Kassenpolitik bestimmt und Grundsatz-Entscheidungen gefällt – im Sinne der Versicherten, also im Sinne derer, die das Geld eingezahlt haben. Es wird über Leistungen, über den Haushalt der Kasse und über Vorstandsbesetzungen entschieden.

Der Unterschied der Geschlechter war bisher kaum Thema in den unterschiedlichen Aspekten der Versorgung. Wie können Sie im Verwaltungsrat Einfluss nehmen?

Nahezu alle Versorgungsthemen, also auch die konkreten Leistungen, sind geschlechtsdifferent zu betrachten. Im Versorgungsmanagement der BARMER wird das seit Jahren berücksichtigt: unter anderem bei der Prävention (das neue Präventionsgesetz gibt das klar vor), den Satzungsleistungen (passgerecht für bestimmte Zielgruppen) und der Verordnung von Arzneimitteln (Forschung über geschlechtsspezifische Wirkweisen). Auch bei Herz-Kreislauferkrankungen zeigen Morbiditäts- und Mortalitätsdaten deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, auf die reagiert werden muss.

Können Sie Beispiele für Veränderungen nennen, die Sie schon erreicht haben, oder die Sie für die Zukunft als wichtig erachten?

Als Versichertenvertreterin, die auch einen starken Blick auf die Gesundheitsversorgung von Frauen hat, will ich unseren Einsatz im Bereich der Schwangerschaft und Geburtsmedizin hervorheben. Kurz gesagt: Vorrang des natürlichen Prozesses von Schwangerschaft und Geburt und nur dort Medizin, wo sie wirklich sinnvoll ist. Gerade wird das neue Nationale Gesundheitsziel zu diesem Thema vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht, an dem ich, aber auch die BARMER mitgewirkt haben.

Wir haben in der BARMER grundsätzlich entschieden, die Informationen an die Versicherten konsequent an der Evidenz auszurichten: als Grundlage, die den Versicherten eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung ermöglicht.

Immer stärker müssen wir uns mit digitalen Entwicklungen beschäftigen: Werden Apps zum Lebenswandel-„Spion“ – verbünden wir uns immer mehr mit digitalen Messsystemen? Wollen wir digital erfasst und zu „gesünderem“ Verhalten motiviert werden? Auch wenn das für eine Krankenkasse sicher reizvoll ist, werden wir uns fragen müssen, ob unser Leben tatsächlich so sein soll.

Selbstverwalter: Lobbyisten für die Interessen der Versicherten

Ob Verwaltungsrat einer Krankenkasse oder Aufsichtsrat einer Firma: Warum gibt es ein Gremium, das die Geschäftsführung beaufsichtigt und berät?

Wenn es um eine Vielzahl von Betroffen geht, sind Kontrolle und Rat wichtig – nicht nur in der Wirtschaft. In der Krankenversicherung wählen die Mitglieder und Arbeitgeber ihre Vertreter in die Selbstverwaltung – nach dem Motto: Wer die Beiträge zahlt, soll auch mitentscheiden. In Bremen sind dies rund 196.000 Mitglieder, die die Selbstverwalter der Ersatzkassen BARMER, TK, DAK-Gesundheit, KKH und hkk wählen.

Aber auch wenn die Selbstverwaltung der Krankenkassen eine wichtige Rolle spielt, wird ihre Arbeit öffentlich kaum wahrgenommen. Das liegt in der Natur der Sache: Es geht darum, die Arbeit der Krankenkasse als Dienstleister zu beobachten, wahrzunehmen, welche Bedürfnisse die Versicherten haben, festzustellen, wenn etwas nicht gut läuft. Dabei stellt der Verwaltungsrat nicht an den Pranger, sondern schlägt Korrekturen und Justierungen vor – immer mit dem Blick auf die Versicherten.

Der menschliche Faktor

Neben dem alltäglichen Geschehen in der Leitung und Verwaltung von Krankenkassen gibt es zwei Bereiche, in denen besonders der menschliche Faktor eine wichtige Rolle spielt. Dies ist zum einen der Umgang mit Problemen und Fällen, die nicht eindeutig sind und eine zweite, vom Verwaltungshandeln unabhängige Betrachtung brauchen. Dazu gehören zum Beispiel Anträge auf besondere medizinische Leistungen, oder Gegeneinschätzungen, die in den Widerspruchsausschuss kommen. Zum anderen sind

FOTO hkk

ENGAGIERT: Roland Schultze

es Veränderungen der Bedarfe, oder die Weiterentwicklung der Medizin, zum Beispiel bei der Einführung neuer Versorgungsformen. Auch hier geht es darum, den Bedürfnissen der Versicherten eine Stimme zu geben. Soll ein Modellversuch aufgelegt werden? Oder soll die Kasse eine Satzungsleistung aufnehmen, zu der sie nicht gesetzlich verpflichtet ist?

Warum engagieren sich Menschen ehrenamtlich in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen? Roland Schultze ist alternierender Vorsitzenden des Verwaltungsrats der hkk und Vorsitzender des Widerspruchsausschusses. Hier engagiert er sich für die Solidargemeinschaft der hkk-Versicherten. Ihm ist bewusst, dass die Versicherten nicht mit jeder Entscheidung der Kasse einverstanden sind. Im Rahmen der Behandlung von Widersprüchen hinterfragt er permanent, ob die hkk den gesetzlichen Rahmen und mögliche Spielräume zum Wohle der Versicherten ausgeschöpft hat. Durch den guten Einblick in die Tätigkeit der Kasse gibt er Tipps zur Optimierung von Arbeitsabläufen und zur Verbesserung der Kundenkommunikation.

Ehrenamtliche Arbeit bedeutet für ihn, sich immer wieder für die berechtigten Interessen der hkk-Mitglieder und ihrer Familienangehörigen einzusetzen. Aus den Kontakten mit den Versicherten zieht er die notwendige Motivation.

Wie sich die Arbeit der Selbstverwalter konkret für die Versicherten auswirkt, beschreibt Roland Schultze so: „Durch die Aufsichtsfunktion des Verwaltungsrates haben meine Verwaltungsratskolleginnen und -kollegen und ich ein legitimes Mitspracherecht in Sachen Leistungsgestaltung der Kasse, und beispielsweise bei der Festlegung des Zusatzbeitrages und bei Bonusprogrammen."

Mehr erfahren von der Arbeit der Selbstverwalter können die Versicherten durch Mitteilungen in den Mitgliederzeitschriften und die Internetseiten der Ersatzkassen. Auch über die Wahl selbst, bei der keine Einzelpersonen, sondern Listen

»Wir haben ein legitimes Mitspracherecht bei Leistungsgestaltung, Zusatzbeitrag und Bonusprogrammen«

von Gewerkschaften, Arbeitgebervereinigungen oder Versichertengemeinschaften gewählt werden, wird dort und unter www.sozialwahl.de informiert.

Gewählt wird übrigens bis zum 31. Mai 2017 – mit Ausnahme der BARMER. Deren Mitglieder wählen wegen der zum Jahresbeginn erfolgten Fusion mit der Deutschen BKK erst im Herbst.

BÜCHER

Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste

Die Autorin beleuchtet das Problem des Abrechnungsbetrugs durch ambulante Pflegedienste, ein Thema, das immer mehr ins Visier der Ermittlungsbehörden gerät. Sie untersucht die strafrechtlich relevanten Konstellationen und ergänzt die bisherige Literatur zum Abrechnungsbetrug von Vertragsärzten, indem sie insbesondere das aktuelle ärztliche Abrechnungssystem unter die Lupe nimmt.

Kerstin Badorff
Abrechnungsbetrug von ambulanten Pflegediensten und Vertragsärzten
Recht und Medizin, Band 123, 2016, 186 S., 54,95 €
Peter Lang, Bern

PRÄVENTION

Gesundheitsvorsorge für alle

Im Dezember 2016 haben die Kranken- und Pflegekassen, Renten- und Unfallversicherungen sowie das Land Bremen die Landesrahmenvereinbarung Prävention unterschrieben. Ziel ist es, gemeinsam die Gesundheitsvorsorge von benachteiligten Menschen zu verbessern. Dafür legen alle Beteiligten zusammen fest, welche Leuchtturm-Projekte sie unterstützen. Im März hatten die Sozialversicherungsträger zur 1. Präventionskonferenz in Bremen eingeladen. Anträge für Präventionsprojekte können ab sofort bei jeder Krankenkasse gestellt werden. Diese werden geprüft und in das gemeinsame Strategieforum eingebracht. Voraussetzung für die Förderung ist der Leitfaden Prävention: www.vdek.com/vertragspartner/Praevention.html.

PERSONALIE

Uwe Klemens ist neuer Verbandsvorsitzender des vdek

FOTO Andrea Katheder – GKV-Spitzenverband

VERBANDSVORSITZENDER: Uwe Klemens

Die Mitgliederversammlung des vdek hat Uwe Klemens (61) an die Spitze des Ersatzkassenverbandes gewählt. Klemens ist als ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender Nachfolger von Christian Zahn, der dieses Amt nach zehn Jahren aus Altersgründen abgegeben hat.
Nach einer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten und Weiterbildung an der Akademie der Arbeit in Frankfurt am Main war der gebürtige Pfälzer insgesamt mehr als 35 Jahre für die Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen und später für ver.di in Rheinland-Pfalz tätig. Die Gremienarbeit der Ersatzkassen ist Uwe Klemens seit Jahrzehnten vertraut. Sein Engagement in der Selbstverwaltung begann 1993 bei der damaligen BARMER, später war er im Verwaltungsrat der BARMER GEK aktiv. Seit 2014 ist Uwe Klemens Mitglied im Verwaltungsrat der TK und zusätzlich im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Hier ist er seit März 2016 auch alternierender Vorsitzender.
Auch die vdek-Gremien kennt Uwe Klemens gut. Seit Dezember 2014 war er stellvertretender Verbandsvorsitzender und Mitglied des Gesamtvorstandes des vdek.

KURZ NOTIERT

Unterzeichnung der Bremer PflegeInitiative

FOTO Senator für Soziales

UNTERZEICHNEN DIE PFLEGEINITIATIVE: Olaf Woggan, AOK Bremen / Bremerhaven und Kathrin Herbst, vdek

Bereits 2012 haben sich in Bremen sämtliche Akteure in der Pflege zusammengefunden, um dem Fachkräftemangel in der Branche gemeinsam aktiv entgegenzuwirken. Nachdem inzwischen Fortschritte erzielt und Ziele umgesetzt sind, wurde die Vereinbarung der Bremer PflegeInitiative weiterformuliert und am 21. Februar erneut unterzeichnet. „Die Ersatzkassen sind der Bremer PflegeInitiative beigetreten, weil nur alle Beteiligten gemeinsam etwas bewegen können“, erklärt Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung. Ziel der Initiative ist unter anderem ein Pflegeberufemonitoring, das den Bedarf an Pflegekräften ermitteln soll, eine breite Beratung über die Ausbildungswege sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege.

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