

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ÄRZTE** Gute Erreichbarkeit der nächsten Praxis | **KRANKENHÄUSER** Ohne Spezialisierung leidet die Qualität | **PFLERGE** Mehr Zeit für Pflegebedürftige | **PRÄVENTION** Kosten gerecht verteilen

## HAMBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2014

### VERSICHERTE

## Klare Marktführerschaft in Hamburg



FOTO: Marco2811 - Fotolia.com

Die Ersatzkassen in der Hansestadt sind weiter auf Wachstumskurs. Die Zahl der Versicherten stieg im Vergleich zum Vorjahr um rund 2,2 Prozent auf 819.718. Mehr als 17.000 Versicherte wurden hinzugewonnen. Der Marktanteil der Ersatzkassen in der Hansestadt liegt nun bei über 55 Prozent. Damit ist jeder zweite gesetzlich versicherte Hamburger dort versichert. In keinem anderen Bundesland ist der Marktanteil der Ersatzkassen so hoch. Auch die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt konnte im Vergleichszeitraum zulegen und ein Plus von knapp 20.000 Versicherten in der Hansestadt verbuchen. „Die positive Entwicklung beweist, wie sehr die Hamburger der Kompetenz und engagierten Zukunftsorientierung ihrer Ersatzkasse vertrauen“, sagt Kathrin Herbst, Leiterin der Landesvertretung des Verbands der Ersatzkassen.

### BEHANDLUNG

## Personalisierte Medizin – Hype oder Hoffnung?

„Personalisierte Medizin“: Dieses Schlagwort steht wie kaum ein anderes für enorme Erwartungen nach einem Durchbruch bei der Therapie schwerer Erkrankungen, etwa bei Krebs. Und das, obwohl die Erfolge im klinischen Alltag bisher eher begrenzt sind.

Der Begriff klingt vertrauenserweckend: Der „Personalisierten Medizin“ soll die Zukunft gehören, so ist es immer wieder zu lesen. Das Adjektiv „personalisiert“ suggeriert, im bisweilen als kalt empfundenen Medizinbetrieb gehe es endlich gezielt um die persönliche Zuwendung zum Patienten. Und um Therapien, die ihm auf den Leib geschneidert sind. Patienten, Ärzte und Politiker erhoffen sich, dass künftig für jeden Erkrankten eine individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie zur Verfügung steht.

Soweit der Blick durch die rosa Brille, nun zu den Fakten. Bei der „Personalisierten Medizin“ geht es im Kern um ein Konzept, das sich auf besondere biologische Merkmale – die sogenannten Biomarker – fokussiert. Als Biomarker werden in diesem Zusammenhang Merkmale von Genen, Zellen und Molekülen bezeichnet. Sie können zum Beispiel aus Blut und Gewebeproben im Labor bestimmt werden. Das Individuum steht bei der „Personalisierten Medizin“ – anders als der Begriff vermuten lässt – nicht im Fokus. Vielmehr geht es darum, mit Hilfe von Biomarkern eine

Stratifizierung (= Schichtung) von Patientengruppen zu erreichen. Es werden Medikamente entwickelt, die nur für eine Untergruppen wirksam sind oder bei denen es vorgeschalteter Biomarkertests bedarf, um eine solche Gruppe herauszufiltern. Eigentlich müsste die Bezeichnung für das Konzept daher „Biomarker-basierte Stratifizierung“ lauten.

### Schichtung von Patientengruppen mithilfe von Biomarkern

Bei der entsprechenden Produktentwicklung der Pharmaindustrie stehen Krebserkrankungen im Mittelpunkt. Für die Ersatzkassen ist entscheidend, dass der Nutzen und der mögliche Schaden von Methoden der sogenannten „Personalisierten Medizin“ vor der Markteinführung verlässlich dargelegt werden. Patientenschutz und die Vermeidung von Scheininnovationen stehen an erster Stelle.

Wie sieht der Alltag in Kliniken und Praxen derzeit aus? Mit dem neuen Ansatz wurden bereits einzelne Substanzen entwickelt, die für Patienten einen Nutzen in Bezug auf die Lebensqualität gebracht



## Dem Patientennutzen folgen, nicht den Pharma-Interessen

FOTO: vdek



von  
KATHRIN HERBST  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Hamburg

Natürlich klingt es erst einmal verführerisch, wenn die Industrie prophezeit, mit der sogenannten „Personalisierten Medizin“ werde es nicht mehr so viele „Schrotschuss-Therapien“ geben, sondern maßgeschneiderte Behandlungen auf der Basis von individuellen, molekularen Risikoprofilen. In ihrer bisherigen Ausrichtung verspricht die „Personalisierte Medizin“ Verbesserungen insbesondere bei Krebstherapien. Auf nationaler und internationaler Ebene fließt seit einiger Zeit sehr viel Geld in diesen Bereich. Gerade deswegen ist es unsere Verantwortung, genau hinzusehen und den gesamten Versorgungsbedarf der gesetzlich Versicherten dabei im Blick zu behalten. Die Versorgung von Patienten mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz beispielsweise ist nach wie vor eine enorme Herausforderung. Außerdem fehlen Strategien für die Entwicklung neuer Antibiotika. Deswegen brauchen wir unabhängige Forschung, die den wirklichen Nutzen eines Biomarker-basierten Tests oder Untersuchungsverfahrens herauszufinden versucht. Dabei dürfen wir den Profitinteressen der Industrie auf keinen Fall blind folgen, sondern müssen vor allem vom Patienten und seinen Bedürfnissen herdenken.



haben. Allerdings spielt das Konzept bei Weitem nicht die Rolle, wie in der Anfangseuphorie vor wenigen Jahren vorhergesagt. Es lässt sich aktuell nicht seriös beurteilen, ob die großen Hoffnungen wirklich berechtigt sind.

Gerade weil das Potenzial der sogenannten „Personalisierten Medizin“ schwer abzuschätzen ist, kommt es darauf an, verlässlich nachzuweisen, dass mit dem Ansatz ein besseres Ergebnis im Vergleich zur Standardbehandlung erzielt wird. Beim Wirksamkeitsnachweis in klinischen Studien muss der Patientennutzen im Mittelpunkt stehen – also Fortschritte in Bezug auf Krankheitslast, Sterblichkeit und Lebensqualität. Es dürfen keine Medikamente auf den Markt kommen, ohne dass damit ein Qualitätsgewinn für die Versorgung gesichert ist.

Außerdem haben Ärzte aus Sicht der Ersatzkassen die Pflicht, den Patienten verständlich über die möglichen Therapien zu informieren. Das erfordert von den Medizinerinnen einerseits mehr Wissen, andererseits eine hohe kommunikative Kompetenz, besonders wenn es um genetische Tests geht. Der mündige Patient und die informierte Entscheidung müssen das Leitbild sein.

„Eine Speichelprobe genügt“ – so werben Firmen im Internet für Tests, mithilfe derer die genetischen Voraussetzungen eines Menschen angeblich zweifelsfrei festgestellt werden können. Für

Summen um 500 Euro werden verschiedene Krankheitsrisiken untersucht. Diese Tests haben oft eine unsichere wissenschaftliche Grundlage; ihre Ergebnisse

**»Es lässt sich aktuell nicht seriös beurteilen, ob die großen Hoffnungen wirklich berechtigt sind.«**

können für die Betroffenen problematisch sein. Denn der Information steht oft keine wirksame Therapie gegenüber – zum Beispiel, wenn der Test ein hohes Risiko ergibt, an Alzheimer zu erkranken. Hier sind auch ethische Fragen zu berücksichtigen. Frei verkäufliche Tests müssen nach Ansicht des vdek die im Gendiagnostikgesetz festgeschriebenen Anforderungen erfüllen; niemand darf aufgrund genetischer Besonderheiten diskriminiert werden.

Fest steht: Die gesetzliche Krankenversicherung leistet eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau. Dies schließt neue medizinische Entwicklungen ausdrücklich ein. Damit das so bleibt, müssen die positiv wirksamen Innovationen herausgefiltert werden. Die Ersatzkassen werden den weiteren Entwicklungsprozess der sogenannten „Personalisierten Medizin“ begleiten – auch um nützliche Innovationen den Versicherten schnellstmöglich zur Verfügung zu stellen. ■



FOTO: istudio - fotolia.com

## VERANSTALTUNG

# Von Scheininnovationen und echten Chancen

Wie Nutzen oder Risiken der „Personalisierten Medizin“ einzuschätzen sind und ob sie schon heute die Versorgung in Hamburg beeinflussen, darüber debattierten Experten beim 5. Hamburger Gesundheitstreff.

FOTO: JONAS WELIK



DISKUTIERTEN AUS VERSCHIEDENEN BLICKWINKELN: (v.l.) Moderatorin Vera Cordes, Johann Fontaine, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Prof. Dr. Christian Gerloff, Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (kommiss.), Dr. Stephan Hofmeister, Vize-Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, vdek-Landesvertretungsleiterin Kathrin Herbst,

Nicht euphorisch, sondern mit einem unabhängigen Blick sollten die Herausforderungen der sogenannten „Personalisierten Medizin“ angegangen werden, darüber waren sich die Experten auf dem Podium des 5. Hamburger Gesundheitstreffs einig. Das Thema spiele bereits heute eine Rolle in den Hamburger Facharztpraxen, berichtete Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung. Seine Kollegen befänden sich in einem „Spannungsfeld“. Es sei eine „heikle Aufgabe“, mit Patienten, die mit großen Hoffnungen in die Praxis kämen, sachlich die wirklichen Chancen und Risiken zu besprechen. Ungelöst ist für Professor Christian Gerloff, kommissarischer Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die Frage, wie die teuren Medikamentenentwicklungen finanziert werden sollen, ohne dass das Geld an anderer Stelle fehlt. „Wir müssen

die Finanzströme dahin lenken, wo sie am meisten gebraucht werden“, sagte der Klinikdirektor. Auch Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung, betonte, die gesetzliche Krankenversicherung werde nur diejenigen Neuerungen finanzieren, die „einen echten Fortschritt bedeuten und nachweisbare Verbesserungen“ bringen. Es nutze vielen Patienten nichts, aus Gentests zu erfahren, dass sie an einer bestimmten Erkrankung leiden werden, wenn es dafür keine Behandlung gibt. Auf ein anderes ethisches Problem machte Johann Fontaine von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz aufmerksam. Bislang sei in unserem Gesundheitswesen der Solidargedanke vorherrschend. Wenn die Entwicklung jetzt dahin gehe, dass genetische Diagnostik immer billiger werde, müsse man aufpassen, dass nicht die Verantwortung für die Abwehr einer Krankheit aus den sozialen Schutzsystemen herausfalle und auf das Individuum verlagert werde. ■

## FORSCHUNG

## Noch kein Durchbruch in Sicht



FOTO: JONAS WELIK

Ob die sogenannte „Personalisierte Medizin“ breiten Nutzen bringen wird, ist derzeit offen – diese Einschätzung stellte Professor Wolf-Dieter Ludwig in den Mittelpunkt seines Vortrags auf dem 5. Gesundheitstreff. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft meint, dass weder Patienten noch ihre Ärzte genügend unabhängige Studienergebnisse zur Verfügung haben, um einschätzen zu können, ob die neuen Methoden sinnvoll sind. „Werden Patienten auf den Prunkwagen der Personalisierten Medizin in das Paradies medizinischen Fortschritts gefahren oder werden sie vor den Karren der molekularbiologischen Forschung und der Pharmaindustrie gespannt?“ Diese Frage, die vom Deutschen Ethikrat aufgeworfen wurde, sei berechtigt. Als Beispiel nannte Ludwig den Einsatz von Biomarker-basierten Tests bei Brustkrebs, um herauszufinden, ob eine Patientin von einer Chemotherapie profitiert. Dazu gebe es aktuell kein eindeutiges Bild, sondern unterschiedliche Bewertungen in Leitlinien und unterschiedliche Evidenzgrade bei den verfügbaren Tests. Es sei richtig, die Personalisierte Medizin weiter zu erforschen, dabei müssten aber Scheininnovationen erkannt und zu wenig geprüfte Verfahren ausgeschlossen werden.

# Wohin steuert die Gesundheitspolitik?

Am 15. Februar 2015 entscheidet sich bei der Bürgerschaftswahl, wer den Kurs der Hansestadt in den kommenden Jahren bestimmt, auch in der Gesundheitspolitik. Wir haben den Fachsprechern der Parteien auf den Zahn gefühlt.

**M**öglichst gesund älter zu werden – das wünschen sich wohl die allermeisten Hamburgerinnen und Hamburger. Bei der kommenden Bürgerschaftswahl stimmen die Wähler auch darüber ab, welche Partei die besten Antworten in der Gesundheitspolitik hat. Die Bewohner der Hansestadt sind zwar im Schnitt jünger und gesünder als andere Deutsche, doch die Politik muss aus Sicht der Ersatzkassen gerade jetzt die Weichen richtig stellen, um eine hohe Lebensqualität für Jung und Alt dauerhaft zu sichern. Für die Zukunft gilt es, Antworten zu finden auf die zentralen Herausforderungen, die sich in einem Stadtstaat wie Hamburg in den kommenden vier Jahren stellen: die Erhaltung und Weiterentwicklung der derzeit guten, für alle bezahlbaren Gesundheitsversorgung, die steigende Lebenserwartung, die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung, der Geburtenrückgang und die sich daraus ergebenden Veränderungen im Gesundheitssystem.

## DREI FRAGEN ZUR BÜRGERSCHAFTSWAHL:

1. Für eine gute Pflege braucht es nicht noch mehr Heimplätze, sondern Bedingungen, die es älteren Menschen erlauben, so lange wie möglich selbständig zu bleiben. Was wollen Sie dafür tun?
2. Das geplante Präventionsgesetz sieht vor, mehr Geld in Lebenswelten einzusetzen. Da dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, kritisiert der vdek, dass nur die Kassen an den Zusatzkosten beteiligt werden sollen – nicht aber die Länder, die übrigen Sozialversicherungen oder die private Krankenversicherung. Was meinen Sie?
3. Die Kosten der Hamburger Feuerwehr für die Notfallrettung steigen und steigen – aktuell um mehr als 25 Prozent. Die Kassen können den Grund dafür nicht nachvollziehen. Was sollte Ihrer Ansicht nach unternommen werden?

SPD

## Dr. Martin Schäfer, Gesundheitspolitischer Sprecher, SPD-Fraktion



Foto: SPD

1. Der Senat will mit dem Demografie-Konzept „Hamburg 2030: Mehr. Älter. Vielfältiger.“ die Weichen für die Zukunft richtig stellen. Erfreulicherweise hat Hamburg bereits 2012 erreicht, dass 35 Prozent aller öffentlich geförderten, neu gebauten Mietwohnungen barrierefrei sind. Hamburg will das Angebot in der Pflege so umsteuern, dass vorrangig quartiersbezogene Strukturen verwirklicht werden, die nachbarschaftliches Engagement ermutigen und fachpflegerische Versorgung ergänzen. Die Tagespflege sowie das Angebot an Servicewohnanlagen sind ausgeweitet worden, die Barrierefreiheit in diesen Anlagen erhöht. Neue Wohn- und Versorgungskonzepte, zum Beispiel mit Wohngemeinschaften, werden gezielt unterstützt.

2. Die Forderung der GMK, alle Sozialversicherungsträger einzubeziehen, ist im Entwurf bislang nicht erfüllt. Auch ist die finanzielle Beteiligung der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung nicht zufriedenstellend geklärt. Die Beteiligung der PKV sollte verpflichtender gestaltet werden. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass die Länder und die Sozialversicherungsträger in den Länderrahmenvereinbarungen auch Leistungen von Ländern und Kommunen mit einbeziehen. Hamburg ist auf dem Feld der Prävention breit aufgestellt, etwa mit dem „Pakt für Prävention“ oder einem Modellprojekt zur Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose. Zudem investiert Hamburg bereits erheblich selber in die Stärkung von Kitas und Schulen.

3. Die Bestimmung der Höhe der Rettungsdienstgebühren soll bereits laut Gesetz zwischen der zuständigen Behörde und den Krankenkassen oder ihren Verbänden durch eine Vereinbarung bestimmt werden, die die Gesamtkosten des öffentlichen Rettungsdienstes berücksichtigt. Die Feststellung dieser Kosten soll im Einvernehmen aller Beteiligten erfolgen, was natürlich eine für alle nachvollziehbare Kostengrundlage voraussetzt. Klar ist, dass sich das vom Bundesgesetzgeber beschlossene Notfallsanitätäergesetz wie auch allgemeine Kostensteigerungen hierauf auswirken. Auf ein entsprechendes Ergebnis sollte von Seiten der Politik nicht im Voraus Einfluss genommen werden.

## BÜRGERSCHAFTSWAHL 2015

CDU

## Birgit Stöver, Gesundheitspolitische Sprecherin, CDU-Fraktion

FOTO PHOTOGRAPHIE angelia brah



1. Als CDU Hamburg fordern wir einen Aktionsplan für seniorenrechtlichen und bezahlbaren Wohnraum, mit dem beispielsweise Senioren-Wohnen gefördert wird und Wohnstifte besser gestellt werden. Auch die Gründung sogenannter „Senioren-genossenschaften“, in denen Senioren oder auch Jüngere unterstützungsbedürftigen Mitgliedern bei verschiedenen Aufgaben helfen und dafür Zeitpunkte gutgeschrieben bekommen oder eine Aufwandsentschädigung erhalten, werden wir mit Sondermitteln für eine Anschubfinanzierung fördern. Zugleich gilt es, die von der CDU-geführten Bundesregierung mit dem ersten Pflege-stärkungsgesetz eröffneten Möglichkeiten auch in Hamburg zu nutzen. Gemäß des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ werden zum 1. Januar 2015 die ambulanten Betreuungsleistungen ausgeweitet, Kurzzeit- und

Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie unterschiedliche Betreuungsformen flexibilisiert und deutlich höhere Zuschüsse für verbessernde Maßnahmen des Wohnumfelds (bspw. für den Umbau eines Bads) gewährt.

2. Bereits heute beteiligen sich die Krankenkassen an sogenannten „Settingmaßnahmen“, hier wird also kein Neuland betreten. Die vielfach geforderte Intensivierung dieser Maßnahmen wird es nicht zum Nulltarif geben können. Weil die zusätzlichen Settingleistungen einen gesundheitlichen Aspekt enthalten und dem Ziel der Vermeidung von gesundheitsbedingten Folgekosten dienen müssen, ist deren Einstufung als Kassenleistung nachvollziehbar. Allerdings sollen die Kassen im Gegenzug die Anforderungen an die zu fördernden Leistungen selbst definieren können.

3. Der Kostenanstieg hat drei Gründe. Zunächst sind steigende Personalkosten zu nennen. Sodann machen sich die steigenden Einsatzzahlen bemerkbar, die vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung zu erklären sind. Vor allem aber sind es bundesgesetzliche Vorgaben wie das Notfallsanitätäergesetz, die neue Kostenstrukturen nach sich ziehen. Liegt wie hier die Kompetenz beim Bund, kann der Landesgesetzgeber wenig mehr unternehmen als ein Auge auf die Effizienz der Mittelverwendung zu haben.

DIE GRÜNEN

## Heidrun Schmitt, Gesundheitspolitische Sprecherin, Grünen-Fraktion

FOTO Die Grünen



1. Wir wollen seniorenrechtlichen Wohnraum weiter ausbauen und eine möglichst barrierefreie Infrastruktur schaffen. Innovative Konzepte, um die Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden zu verlängern – wie etwa die Verknüpfung moderner Technik mit individuellen Pflege- und Serviceleistungen – wollen wir unterstützen. Zudem wollen wir das Bremer Modellprojekt der aufsuchenden Altenarbeit einführen. Dort werden Ältere von Ehrenamtlichen besucht und erhalten Informationen über Angebote der Seniorenarbeit oder eventuell notwendige Pflegeangebote. Zugleich braucht Hamburg eine möglichst große Vielfalt an Pflegeangeboten und Wohnformen – ob ambulant oder stationär –, damit die unterschiedlichen Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden können. Jede Wohnform soll dabei zum Ziel haben, Selbstän-

digkeit zu fördern, generationenübergreifendes Zusammenleben zu stärken und eine professionelle Versorgung sicherzustellen. Das Grundprinzip der gegenseitigen Hilfe und des bürgerschaftlichen Engagements ist das Fundament der Senioren-genossenschaften. Hier können sich Mitglieder engagieren und erhalten für ihren Einsatz ein entsprechendes Entgelt oder Dienstleistungen von anderen Mitgliedern. Diese Form des Zusammenlebens wollen wir durch eine Anstoßfinanzierung unterstützen.

2. Eine Finanzierung allein durch die Krankenkassen und damit einseitig zu Lasten der Versicherten halten wir nicht für sinnvoll. Wir Grünen haben bereits 2011 im Bund Eckpunkte für ein Präventionsgesetz vorgelegt. Schon damals haben wir deutlich gemacht, dass die Finanzierung der Präventionsarbeit am besten gemeinsam durch Krankenkassen, Bund, Ländern und Kommunen sowie über die übrigen Sozialversicherungszweige erfolgen sollte.

3. Auch wir meinen, dass wir zunächst eine Analyse der Ursachen für die Kostensteigerungen brauchen. Im Anschluss daran sollten sich alle Akteure im Rettungswesen mit der Politik an einen Tisch setzen, um eine Lösung zu erarbeiten. Es muss unser gemeinsames Ziel sein, Kostenstabilität im Rettungswesen zu erreichen.

### DIE LINKE

## Kersten Artus, Gesundheitspolitische Sprecherin, Fraktion Die Linke



FOTO Karin Demerowitz

1 In Hamburg leben in Einpersonenhaushalten im Alter ab 65 Jahren etwa 120.000 Menschen. Die Altersarmut wird weiter zunehmen und bezahlbarer Wohnraum zum Problem. Der soziale Wohnungsbau hinkt dem Bedarf hinterher. Den Bedarf an barrierefreien und damit auch altersgerechten Wohnraum kann die Behörde nur schätzen aufgrund der Altersentwicklung. Auch hat Hamburg zu wenige Wohn-Pflege-Gemeinschaften. Der ambulante Pflegedienst muss weiter ausgebaut werden und mehr spezialisierte Pflegeangebote sind vorzuhalten. Dem Pflegeberuf muss mehr Anerkennung zukommen. Die Familienpflege ist der größte Pflegedienst in diesem Land. Unbezahlte pflegende Angehörige tragen zur Entlastung des Sozialversicherungssystems bei. Eine Angleichung des Pflegegeldes an die Sachleistungen ist erforderlich. Und schließlich muss Pflege gerecht und solidarisch finanziert werden.

2 Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Den gesetzlichen Krankenkassen die Finanzierung zu überlassen, bedeutet, dass allein Krankenkassen die Verantwortung für Prävention zu tragen haben. Das ist nicht nur ungerecht, es zeigt welchen verengten Blick Politik auf Prävention hat und schont vor allem die öffentlichen Haushalte, die angesichts der Schuldenbremse kaum noch Gestaltungsmöglichkeiten haben.

3 Die LINKE fordert seit fast zwei Jahren, das Rettungsdienstgesetz zu novellieren. Den Sicherstellungsauftrag soll die Feuerwehr wahrnehmen und die Hilfsorganisationen in die Aufgaben des öffentlichen Rettungsdienstes einbeziehen. Unser Antrag enthält weiter eine bedarfsorientierte Rettungsdienstplanung, eine gemeinsame Bedarfsplanung für die Notfallrettung und den Krankentransport, um die Spitzabdeckung sicherzustellen. Darüber hinaus fordern wir, den Ausschuss für das Rettungswesen mit weiteren Kompetenzen auszustatten und Einvernehmen über Veränderungen des Rettungsdienstbedarfsplans und über kostenbildende Qualitätsmerkmale herzustellen. Mit diesem Maßnahmenbündel wären Kostenreduzierungen möglich.

### FDP

## Dr. Wieland Schinnenburg, Gesundheitspolit. Sprecher, FDP-Fraktion



FOTO www.azfphoto.de

1 Jeder Mensch soll selbst entscheiden, ob er in ein Pflegeheim ziehen oder in seiner gewohnten häuslichen Umgebung bleiben möchte. Um eine bessere häusliche Pflege zu gewährleisten, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen. Deshalb setzen wir uns sehr für eine Barrierefreiheit im Verkehr, in Gebäuden und auch z.B. im Internet ein.

Auf Bundesebene umgesetzt haben wir die Familienpflegezeit, die es Familienmitgliedern ermöglicht, Beruf und Pflege von Angehörigen zu verbinden.

Für Personen, die nicht alleine leben möchten, aber auch nicht ins Pflegeheim gehen wollen, möchten wir das Angebot an Mehrgenerationenhäusern und Wohngruppen ausbauen.

2 Es stimmt, dass Gesundheitsprävention im Interesse aller liegt. Deshalb könnte man daran denken, dass nicht nur die Krankenkassen sondern auch z.B. der Steuerzahler einen Teil der Kosten tragen soll. Jedoch führen Mischfinanzierungen meist zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand. Für die FDP ist entscheidend, ob das Präventionsgesetz tatsächlich zu einer besseren Gesundheit in der Bevölkerung führt.

3 Die Kostensteigerungen bei der Notfallrettung sind auf verschiedene Faktoren wie etwa gestiegene Einsatzzahlen, eine bessere und teurere Ausstattung und Tarifsteigerungen zurückzuführen. Die Höhe der Gebühren für den Rettungsdienst wird zwischen dem Senat und den Kostenträgern ausgehandelt.

Ein Faktor, der zu höheren Gebühren führen könnte, ist das gesetzliche Rettungsdienstmonopol. Wir fordern, dass für den Rettungsdienst in Hamburg eine solide und transparente Bedarfsanalyse erstellt wird. Außerdem halten wir grundsätzlich den Ersatz des Monopols durch Konzessions- und Submissionsmodelle für richtig. In Zukunft möchten wir auf eine Novelle des Rettungsdienstgesetzes hinwirken, die diese Punkte erfüllt.

# Mehr Prävention in Schulen und Betrieben

Das neue Präventionsgesetz sieht vor, stärker in den Lebenswelten zu fördern, um sozial Benachteiligte besser zu erreichen. Dies begrüßen die Ersatzkassen. Die Kosten dafür müssen aber gerecht verteilt werden.

**M**it dem geplanten Präventionsgesetz sollen im Gesundheitswesen die Voraussetzungen geschaffen werden, um den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und einer veränderten Lebens- und Arbeitswelt zu begegnen. Als Folge dieser Veränderungen sind in den vergangenen Jahren chronisch-degenerative sowie psychische Erkrankungen besonders in den Fokus gerückt. Gesundheitsförderung und Prävention soll zukünftig verstärkt in Betrieben und in Lebenswelten stattfinden, wie zum Beispiel in Kita und Schule, im Pflegeheim und im Stadtteil. Dadurch soll es gelingen, sozial benachteiligte Gruppen stärker in den Blick zu nehmen. Diese Zielrichtung des nun vorliegenden Referentenentwurfs, der im kommenden Jahr in das lang erwartete Präventionsgesetz gegossen werden soll, trifft bei den Ersatzkassen in Hamburg auf viel Zustimmung.

## Kommunen und private Krankenversicherung müssen in die Pflicht genommen werden

Damit Prävention und Gesundheitsförderung für alle Bevölkerungsgruppen und jeden Lebensabschnitt gelingen kann, müssen Sozialversicherung und Bund, Länder und Kommunen gemeinsam handeln. Hier geht der Gesetzentwurf jedoch nicht weit genug: Er nimmt allein die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen finanziell in die Pflicht. Aber auch die Kommunen und die übrigen Sozialversicherungsträger wie zum Beispiel die Renten- und Unfall-

## »Geld allein wird die Probleme nicht richten«

versicherung sowie die Private Krankenversicherung müssten verpflichtend an der Finanzierung beteiligt werden. Denn Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von allen maßgeblichen Akteuren gemeinsam zu schultern ist.

Die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahrzehnten Strukturen und Maßnahmen für die Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, die eine hohe Qualität sicherstellen. Rund 267 Millionen Euro gab die Gesetzliche Krankenversicherung in 2013 bundesweit für Prävention aus. Damit wurden mehr als fünf Millionen Versicherte erreicht. Der Gesetzentwurf aus Berlin sieht

vor, die Präventionsausgaben der Kassen ab 2016 von derzeit rund 3,8 Euro in 2013 auf mindestens sieben Euro je Versicherten zu erhöhen. In Hamburg wären das rund 10 Millionen Euro, wovon etwa 3 Millionen Euro in Lebenswelten (zum Beispiel Kitas und Schulen) sowie in die betriebliche Gesundheitsförderung fließen sollen. Dies ist eine besondere Herausforderung: Vor allem im Setting-Bereich mit dem Ziel, Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen, die bislang wenig für Prävention zugänglich waren ist eine so hohe Ausgabensteigerung in kurzer Zeit kaum möglich. Die Strukturen dafür müssen erst wachsen; zudem ist es notwendig, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Maßnahmen dafür zu entwickeln. Geld allein wird die Probleme nicht richten. Ein Wettbewerb um die beste Idee und das erfolgreichste Konzept in der Gesundheitsförderung und eine Evaluation der gestarteten Projekte ist notwendig, wenn das zusätzliche Geld eine sinnvolle Investition in die Gesundheit der Versicherten sein soll. ■

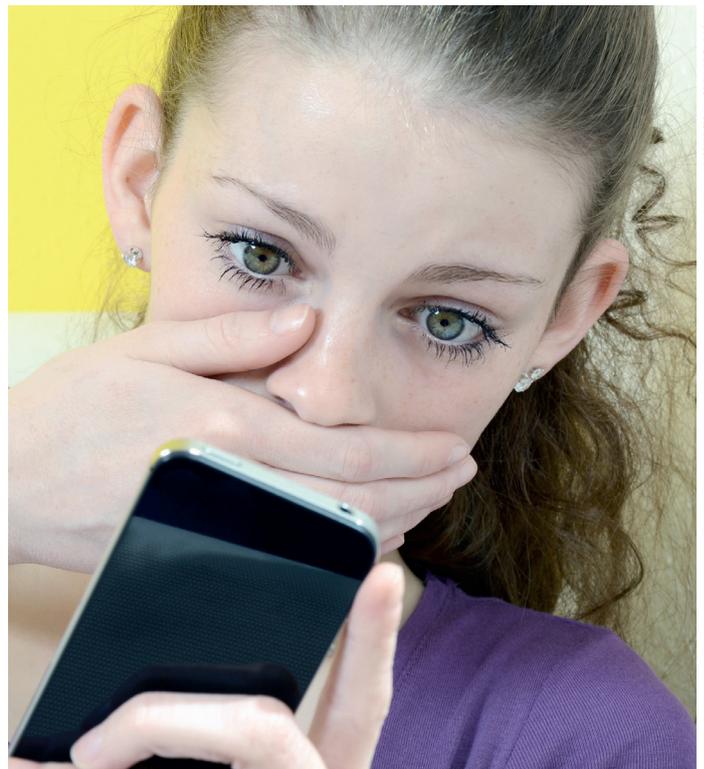


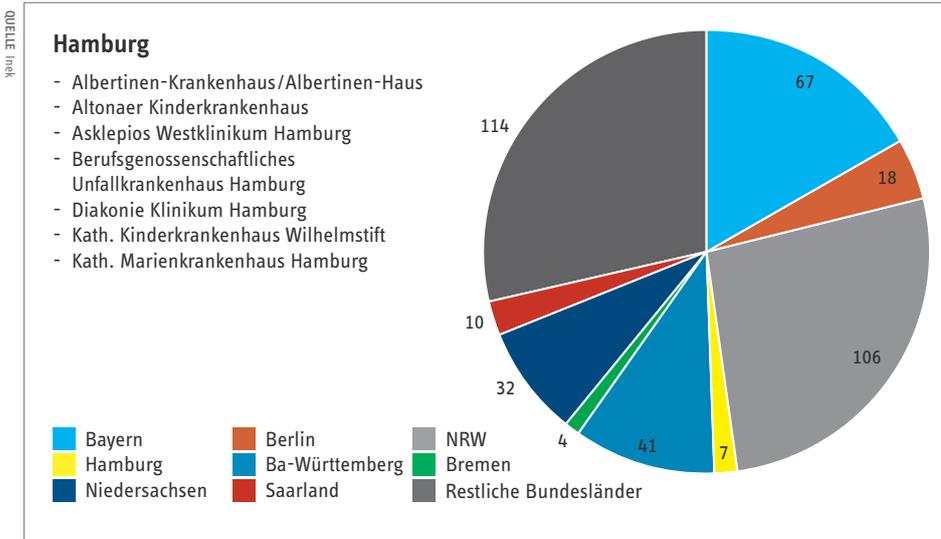
FOTO: Dan Rice – Fotolia.com

PROBLEME EINER VERÄNDERTEN LEBENSWELT – etwa psychische Belastungen bei Teenagern durch Internet-Mobbing – sollen mit dem neuen Gesetz angegangen werden

vor, die Präventionsausgaben der Kassen ab 2016 von derzeit rund 3,8 Euro in 2013 auf mindestens sieben Euro je Versicherten zu erhöhen. In Hamburg wären das rund 10 Millionen Euro, wovon etwa 3 Millionen Euro in Lebenswelten (zum Beispiel Kitas und Schulen) sowie in die betriebliche Gesundheitsförderung fließen sollen. Dies ist eine besondere Herausforderung: Vor allem im Setting-Bereich mit dem Ziel, Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen, die bislang wenig für Prävention zugänglich waren ist eine so hohe Ausgabensteigerung in kurzer Zeit kaum möglich. Die Strukturen dafür müssen erst wachsen; zudem ist es notwendig, qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Maßnahmen dafür zu entwickeln. Geld allein wird die Probleme nicht richten. Ein Wettbewerb um die beste Idee und das erfolgreichste Konzept in der Gesundheitsförderung und eine Evaluation der gestarteten Projekte ist notwendig, wenn das zusätzliche Geld eine sinnvolle Investition in die Gesundheit der Versicherten sein soll. ■

## Zu viel Geheimniskrämerei

Damit die Kosten aller Kliniken fair vorausberechnet werden können, sollen sie Daten liefern. Auffällig ist: Gerade aus Hamburger Häusern tröpfelt der Datenstrom sehr dürrig. Das muss sich dringend ändern.



DAS SIEHT MAU AUS: Hamburger Kliniken beteiligen sich unterdurchschnittlich bei der Weitergabe von Daten

Seit die deutschen Krankenhäuser nicht mehr dafür bezahlt werden, wie viele Tage ein Patient in ihren Betten liegt, sondern nach Pauschalen je Behandlungsfall, ist vieles transparenter geworden. Es lässt sich einfacher als früher beurteilen, ob eine Klinik ihren Patienten gute Medizin auf einer wirtschaftlichen Basis anbietet. Damit dies so bleibt und sogar noch verbessert wird, muss das Fallpauschalensystem weiterentwickelt werden. Dabei übernehmen die sogenannten „Kalkulationshäuser“ eine Schlüsselrolle.

Und so funktioniert das System: Die Pauschalen werden jedes Jahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Inek) erhoben. Basis dafür sind die tatsächlich angefallenen Kosten aus dem Vor-Vorjahr, die aus einer Stichprobe von Kalkulationshäusern aus ganz Deutschland stammen.

Die Häuser beteiligen sich freiwillig; auf ihren Schultern lastet eine hohe Verantwortung. Denn nur wenn die Qualität

ihrer Daten hoch ist und sie die Grundgesamtheit aller Kliniken richtig abbilden, können Ungleichgewichte bei der Bezahlung der Leistungen vermieden werden. Jede Fallgruppe – zum Beispiel die Gruppe für Geburten oder für Knie-OPs – sollte den Erlös erhalten, der den durchschnittlichen Kosten entspricht. Es ist möglich, dass Kliniken mit einzelnen Pauschalen höhere Gewinne oder Verluste erzielen können. Dies sollte sich aber über die durchschnittliche Schwere der Fälle eines Hauses wieder ausgleichen. Sind diese Berechnungsgrundlagen aber nicht akkurat, kann es zu unfairen Verteilungen kommen – etwa dazu, dass einige Kliniken kostendeckender wirtschaften können als andere. Das kommt teuer für das gesamte System, auch für die Versicherten.

In Hamburg haben von insgesamt 34 Kliniken nur sieben zugestimmt, freiwillig Daten für die Stichprobe zu liefern. Das ist eine Quote von 21 Prozent. Zum Vergleich: Die beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen liegen bei 35 beziehungsweise

31 Prozent. Selbst Länder mit einer geringeren Klinikdichte wie etwa das Saarland beteiligen sich wesentlich reger. Bedenklich ist außerdem, dass offenbar Kliniken in privater Trägerschaft in der Hansestadt kaum Interesse haben, an der Kalkulationsgrundlage mitzuarbeiten. Und das, obwohl private Ketten als besonders wirtschaftlich gelten – und in Hamburg über einen Marktanteil von über 40 Prozent verfügen. Gerade mal ein Haus ist in der Stichprobe dabei. Dazu kommt, dass nicht öffentlich gemacht wird, welche von den freiwillig beteiligten Häusern auch wirklich Daten liefern. Von 399 Kliniken, die dies vereinbart haben, so ist der Homepage des Inek zu entnehmen, lassen nur 247 der Zusage auch Taten folgen. Wer sich drückt, etwa auch von den Hamburger Kliniken, bleibt vollkommen im Dunkeln.

Daraus folgt: Es sollte darüber nachgedacht werden, weitere – auch private – Kliniken in die Kalkulation einzubeziehen und diejenigen Häuser nur zu benennen, die tatsächlich auch Daten weitergeben.

**»Bedenklich ist, dass offenbar private Kliniken kaum Interesse haben, an der Kalkulation mitzuarbeiten.«**

Insgesamt gilt es sicherzustellen, dass sich nicht diejenigen Krankenhäuser einen Vorteil verschaffen, die hauptsächlich Fallpauschalen mit einer guten Kosten-Erlös-Relation erbringen. So ließe sich einfacher ausschließen, dass Abteilungen einer Klinik, deren Erlösstruktur weniger ideal ist, durch das System benachteiligt werden. ■

# Gute Erreichbarkeit der nächsten Arztpraxis

Der Arzt ihrer Wahl soll für Hamburger Versicherte gut erreichbar sein – etwa nah am Wohn- oder Arbeitsort. Krankenkassen und Kassenärzte haben sich auf Maßnahmen verständigt, um bei möglichen Engpässen nachzusteuern

**H**amburg ist mit Ärzten überdurchschnittlich gut versorgt. Trotzdem gab es in der Vergangenheit vereinzelt Kritik an der Verteilung der Praxen in den Stadtteilen. Gerade Krankenkassen und Kassenärzte haben ein besonderes Interesse daran, dass Versicherte einen leichten Zugang zu ärztlicher Versorgung haben. Umfangreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten nicht nur dort einen Arzt aufsuchen, wo sie wohnen, sondern auch in beliebten Einkaufsstraßen oder auf dem Weg zur Arbeit. Die häufiger anzutreffende Ballung von Praxen in der Nähe von Einkaufs- und Bürozentren entspricht somit in der Regel den Bedürfnissen der Versicherten.

## Neues Konzept zum Versorgungsbedarf

Regelmäßig stimmt die Selbstverwaltung aus Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung den sogenannten Bedarfsplan zur Sicherstellung der ambulanten

## »Hamburg ist mit Ärzten überdurchschnittlich gut versorgt.«

Versorgung ab. Will sich ein Arzt neu niederlassen, seinen Sitz verlegen oder eine Zweitpraxis eröffnen, entscheidet darüber ein Gremium der Selbstverwaltung, der Zulassungsausschuss. Die Selbstverwaltung hat nun ein Konzept zum regionalen Versorgungsbedarf erarbeitet, das es erleichtern soll, dort nachzusteuern, wo möglicherweise in Einzelfällen



HOHE ARZTDICHTE Auch bei den Fachärzten – hier ein Hautarzt beim Allergietest – besteht Überversorgung

Handlungsbedarf besteht. Unter Einbeziehung dieses Papiers hat die Landeskongress-Versorgung unter Vorsitz von Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks einen Maßnahmenkatalog zur flexiblen Gestaltung der ambulanten Versorgung in der Hansestadt verabschiedet. Dieser soll die Zulassungsgremien bei ihrem Prüfauftrag unterstützen. In der Landeskongress-Versorgung beraten Vertreter aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung regelmäßig über aktuelle Hamburger Gesundheitsfragen.

Was bedeutet das konkret? Möchte beispielsweise ein Hausarzt seine Praxis von einem Stadtteil in den anderen verlegen, wird geprüft, ob in einem Umkreis von drei Kilometern um die bestehende Praxis genügend andere Hausärzte praktizieren, um zu gewährleisten, dass Patienten des umzugswilligen Mediziners übernommen werden können. In die Prüfung einbezogen werden vielfältige

Gesichtspunkte wie zum Beispiel die durchschnittlichen Arztfallzahlen, zusätzliche Aufnahmekapazitäten oder die Wartezeiten bei allen betroffenen Hausärzten in dem genannten Radius. Können genügend Patienten übernommen werden, ist die Sitzverlegung möglich.

## Unterstützung bei Eröffnung von Zweitpraxis

Falls nicht, kann die Selbstverwaltung weitere Lösungsmöglichkeiten prüfen, um ein Versorgungsproblem zu vermeiden. Dazu gehört beispielsweise, die Eröffnung einer Zweitpraxis eines Arztes zu unterstützen, der bisher an diesem Ort noch keine Patienten versorgt. Können keine geeigneten Maßnahmen ergriffen werden und bleibt somit das Versorgungsproblem bestehen, soll der Zulassungsausschuss die Verlegung der Arztpraxis künftig ablehnen. ■

# Groß angelegte Suche nach der besten Therapie

Bundesweit läuft eine der bisher größten Versorgungsstudien, unterstützt von den Ersatzkassen. Mit 7.600 Teilnehmern soll analysiert werden, von welcher Therapie Prostatakrebs-Patienten am meisten profitieren.

POSTER: viki.tua



**Vertrauen aufbauen**

„Als Teilnehmer an der Deutschen Prostatakrebs-Studie PREFERE profitieren Sie von einer Behandlung mit intensiven medizinischen Kontrollen.“

**Nehmen Sie teil!**

**PREFERE**  
Die Deutsche Prostatakrebs-Studie

Weitere Informationen unter [www.prefere.de](http://www.prefere.de)

Die PREFERE-Studie wird finanziert von der Deutschen Krebshilfe und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer. Sie wird unterstützt von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dem Bundesverband Urologische Onkologie, der Deutschen Gesellschaft für Urologie und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

**Deutsche Krebshilfe**  
HELFEN FORSCHEN INFORMIEREN

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Allein in Hamburg erkranken jährlich etwa 1160 Einwohner daran. Anfang des Jahres fiel nun der Startschuss zu einer in dieser Form bisher wohl einzigartigen klinischen Versorgungsstudie, der sogenannten PREFERE-Studie. Bis 2030 soll mit rund 7.600 beteiligten Patienten erstmals wissenschaftlich geklärt werden, welche von insgesamt vier Behandlungsmethoden für Prostatakrebs-Patienten am besten geeignet ist.

Bundesweit beteiligen sich 100 Universitätskliniken und Krankenhäuser als sogenannte Prüfzentren, davon zwei in Hamburg – das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und das Katholische Marienkrankenhaus. Mit dabei sind auch rund 300 niedergelassene Urologen, deren Zahl weiter zunimmt, darunter sind zwölf Urologie-Praxen in der Hansestadt.

Die Ersatzkassen unterstützen das Projekt zusammen mit der Deutschen Krebshilfe sowie den weiteren gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen mit insgesamt 25 Millionen Euro. Dieses Finanzierungsmodell erlaubt es, die Studie unabhängig von kommerziellen Interessen auf den Weg zu bringen, ganz im Sinne der Patienten.

Für von Prostatakrebs Betroffene ist es häufig schwer, sich zu entscheiden: Soll überhaupt behandelt werden, obwohl keine Beschwerden plagen? Welche Behandlung kommt infrage? Wie sieht es mit Nebenwirkungen aus? Ein Großteil der Patienten hat einen lokal begrenzten Tumor. In diesem Fall umfassen die Behandlungsmethoden das operative Entfernen der Prostata (Prostatektomie), die Bestrahlung von außen (perkutane Strahlentherapie), das Abtöten des Tumors mittels dauerhafter, in der Prostata platzierter Strahlenquellen (Brachytherapie) sowie die aktive Überwachung mit Kontrollen und der Einleitung weiterer Therapieschritte bei Fortschreiten der Krankheit (Active Surveillance). Teilnehmer der Studie entscheiden gemeinsam mit ihrem Arzt, mit welcher Methode sie behandelt werden möchten. Sie werden nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen von erfahrenen Spezialisten auf höchstem medizinischem Niveau therapiert. Sicherheit und Lebensqualität der Patienten stehen dabei an erster Stelle. Insofern profitieren diese schon direkt nach dem Start von dem Projekt. Weitere Informationen erhalten Versicherte von ihrer Ersatzkasse, ihrem behandelnden Urologen und im Internet unter [www.prefere.de](http://www.prefere.de). ■

## Pflege: Mehr Zeit, weniger Bürokratie



FOTO: Photoplaneur – fotolia.com

Mehr Zuwendung und Zeit für Pflegebedürftige: Das ist das Ziel eines neuen Konzepts zur Pflegedokumentation. Das Modell ist im Bund entwickelt und erprobt worden. Der Hamburger Landespflegeausschuss, dem auch der Verband der Ersatzkassen angehört, einigte sich nun darauf, die neue Art der Pflegedokumentation flächendeckend einzuführen.

Mit dem neuen Ansatz lässt sich der Dokumentationsaufwand deutlich reduzieren – in Einrichtungen, die das Konzept in der Praxis testeten, ging die Dokumentation pro Pflegebedürftigem von rund 20 auf etwa 10 Seiten zurück. Sich regelmäßig wiederholende Tätigkeiten beispielsweise werden nun in Tages- und Wochenplänen zusammengefasst. Abweichungen werden hingegen einzeln dokumentiert. Die sich daraus ergebende Zeitersparnis – gepaart mit mehr Übersichtlichkeit – kommt den Pflegebedürftigen zugute und motiviert die Beschäftigten in der Pflege.

Bei der Umgestaltung achteten Wissenschaftler, Praxisanwender, Pflegekassen und Pflegeanbieter darauf, dass die Verringerung der Dokumentation nicht zu Lasten fachlicher Standards geht. Die gute Kommunikation aller Beteiligten – etwa zwischen Pflegekräften und Ärzten in einem Notfall – muss weiter gewährleistet sein; darauf lag ein Hauptaugenmerk der Ersatzkassen. Eine Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses koordiniert die Umsetzung des neuen Konzepts in den kommenden Monaten.

## VERSORGUNG

## Vorreiter bei Vernetzung von Praxen und Kliniken

FOTO: DOC-RABE-Media – Fotolia.com



**H**amburg ist das erste Bundesland, in dem niedergelassene Ärzte eine Zulassung zur sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erhalten haben. Dieser neue Versorgungsbereich soll für Verbesserungen in der Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Kliniken sorgen. Profitieren sollen davon vor allem Patienten, die an seltenen oder hochkomplexen Erkrankungen leiden. Sie sind oft sowohl bei niedergelassenen Medizinern als auch in Krankenhäusern in Behandlung. Daher haben sie ein besonderes Interesse daran, dass die Zusammenarbeit funktioniert – etwa daran, dass die Behandlungsqualität gleichbleibend hoch ist und dass Klinikärzte ihre niedergelassenen Kollegen besonders umfassend über die vollzogenen Behandlungsschritte und eingesetzten Medikamente informieren. Das neue Angebot umfasst zunächst die Therapie von Erkrankungen wie Tuberkulose, gastrointestinalen Tumoren oder die schwere Herzinsuffizienz sowie hochspezialisierte Leistungen.

Für Tuberkulose-Patienten ist nun die neue Versorgungsform in der Hansestadt Wirklichkeit geworden: Einer von insgesamt drei Anträgen niedergelassener Hamburger Ärzte-Teams entsprach den Vorgaben des dafür zuständigen Gremiums auf Bundesebene, des Gemeinsamen Bundesausschusses. Grünes Licht gab nach sorgfältiger Prüfung das damit befasste Landesgremium, der erweiterte Landesausschuss, in dem auch der Verband der Ersatzkassen mitarbeitet. Die Entscheidung zu den beiden anderen Anträgen ist noch offen. Bis zum Jahresende wird erwartet, dass Ärzte-Teams auch Anträge für die Therapie von gastrointestinalen Tumoren einreichen werden, über die zeitnah entschieden werden soll. Gerade für Qualitätsverbesserungen bietet die neue Versorgungsform viele Chancen; dies begrüßen die Ersatzkassen. Sie sehen aber auch Risiken, etwa das Fehlen von Mengensteuerung und Bedarfsplanung. Der vdek appelliert daher an Fachärzte und Kliniken, verantwortungsvoll mit den besonderen neuen Formen der Zusammenarbeit umzugehen.

## KURZ GEFASST

### Mehr Vergütung für Kinder-Hospiz Sternenbrücke

Das Kinder-Hospiz Sternenbrücke ist eine der renommiertesten Einrichtungen bundesweit für Kinder und Jugendliche, die unheilbar erkrankt sind beziehungsweise sich in der letzten Lebensphase befinden. Bei Kindern setzt die Begleitung durch Hospizeinrichtungen in der Regel schon mit der Diagnose ein, so dass sie und ihre Familien teilweise über Jahre immer wieder Gäste der Einrichtung sind. In den diesjährigen Vergütungsverhandlungen konnten sich die Kranken- und Pflegekassen mit dem Kinder-Hospiz auf eine Anhebung der Vergütungen um vier Prozent einigen. Seit Anfang November zahlen die Kranken- und Pflegekassen jetzt 464 Euro je Tag, den ein Kind oder Jugendlicher in der Einrichtung verbringt.

### Reibungslose Versorgung mit Grippe-Impfstoff

Die Grippewelle steht vor der Tür: In den vergangenen Wochen haben sich zehntausende Hamburger Versicherte gegen das Influenza-Virus impfen lassen. Zu jedem Zeitpunkt war ausreichend Grippeimpfstoff für die Versorgung vorhanden. Umso erfreulicher, dass nun mit dem Pharmaunternehmen Abbott, das bereits für diese Saison die Impfstoffe ohne Probleme geliefert hat, in Fortsetzung der bisherigen Ausschreibung ein Vertrag geschlossen werden konnte. Danach wird das global tätige Unternehmen für die Saison 2015/2016 erneut die Lieferung der Impfstoffe übernehmen. Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfiehlt eine Impfung gegen die Virusgrippe Influenza vor allem für chronisch Kranke, Personen ab dem 60. Lebensjahr und Schwangere.

### Neues Berufsbild: Erste Notfallsanitäter in Hamburg ausgebildet

Mehr als 195.000 Mal sind im vergangenen Jahr Feuerwehr und Hilfsorganisationen zu Notfallrettungen gerufen worden. An Bord der Rettungswägen sind seit kurzem neben den bisherigen Rettungsassistenten auch Notfallsanitäter eingesetzt – der erste Ausbildungslehrgang in der Hansestadt absolvierte erfolgreich einen entsprechenden Lehrgang. Das neue Berufsbild ergibt sich aus einer Gesetzesänderung. Die höher qualifizierten Sanitäter sollen fähig sein, bei lebensbedrohlichen Zuständen selbständig medizinische Maßnahmen bis zum Eintreffen des Notarztes durchzuführen. Die Ausbildungskosten für die neuen Retter werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Einsatzfahrten der Notfallrettung gezahlt.

## BROSCHÜRE

### Wichtige Daten zum Gesundheitssystem im Überblick



Welche Summen werden in Deutschland für Gesundheit ausgegeben? Wie lange liegen Patienten im Schnitt im

Krankenhaus? Ist das Gesundheitssystem ein dynamischer Wachstumsmarkt? Antworten auf diese und weitere Fragen finden sich in den neu erscheinenden „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015“. In fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Finanzen, Versorgung und soziale Pflegeversicherung) stellen Grafiken und Tabellen die Finanz- und Versichertendaten dar. Ebenso werden ausgewählte Bereiche wie zum Beispiel die ambulante Versorgung und die Pflegeversicherung ausführlich beleuchtet. Angaben zum demographischen Wandel und zur Bevölkerung ergänzen die Daten zum Gesundheitswesen. Die Printausgabe der Broschüre kann unter [basisdaten@vdek.com](mailto:basisdaten@vdek.com) bestellt werden.

## JAHRESWECHSEL

### Alles Gute!



Foto: Matthias Emmer – Fotolia.com

**W**ir wünschen allen unseren Leserinnen und Lesern frohe Weihnachten und ein erfolgreiches, glückliches Jahr 2015. Ihre vdek-Landesvertretung Hamburg

## SPEZIALISIERUNG

### Wenn jede Klinik alles macht, leidet die Qualität

Obwohl Deutschland bei den Gesundheitskosten weltweit einen Spitzenplatz belegt, schneidet das Land bei der Qualität seiner Kliniken nur mittelmäßig ab. Die Ersatzkassen begrüßen es daher, dass der Senat bei der Novellierung des Krankenhausgesetzes die Qualität zu einem verbindlichen Kriterium der Planung von Kliniken machen möchte. Dies ist ein wichtiger Schritt, um einer Über-, Unter-, und Fehlversorgung entgegenzuwirken. Damit sich die Qualität der Therapien jedoch nachhaltig steigert, ist eine stärkere Spezialisierung der Kliniken unabdingbar. Gerade in Hamburg mit seiner hohen Klinikdichte ist es wichtig, dass sich Häuser auf bestimmte OPs konzentrieren. Wenn jede Klinik alles macht, leidet nachweislich die Qualität. Daher ist es wünschenswert, Standards in die Planung aufzunehmen – wie etwa Mindestmengen bei Knie-OPs oder die Vorgabe, Patienten nach einem Sturz nicht mehr als 48 Stunden auf eine Hüft-OP warten zu lassen.

Einziger Wermutstropfen: Die Senatorin hätte die Novellierung nutzen können, um sich zur Investitionsfinanzierung zu bekennen. Das Land kommt für Neubauten und Sanierungen auf, während die Kassen den laufenden Betrieb finanzieren. Seit Jahren gehen die Investitionen Hamburgs jedoch stetig zurück. Auf keinen Fall aber dürfen Kliniken dazu verleitet werden, an Patienten medizinisch nicht begründete OPs vorzunehmen, um ihr Budget aufzubessern. Die Landesmittel für die Kliniken müssen auskömmlich sein und den Bedarf decken, um Fehlanreize zu vermeiden.

## PRÄVENTION

### Gesunde Schule



Foto: Maurizio Bisamonte

ZEICHNETEN DIE SCHÜLER AUS: Claudia Straub (vdek) und Schulsenator Ties Rabe

**S**chulsanitätsdienst, Entspannungsinseln auf dem Schulhof, Gewaltprävention und Kampf gegen Cybermobbing – das sind nur einige der Projekte, für die in diesem Jahr 27 Hamburger Schulen Auszeichnungen erhielten. Darunter waren viele Grundschulen, aber auch Gymnasien und Stadtteilschulen. Sie hatten sich an einer Ausschreibung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) unter dem Motto „Gesunde Schule – aber sicher!“ beteiligt. Die Preise wurden zum 16. Mal vergeben; Schulsenator Ties Rabe und vdek-Präventionsexpertin Claudia Straub überreichten die Auszeichnungen an die Schülerinnen und Schüler sowie an Eltern und Lehrer im Rahmen einer Festveranstaltung. In der HAG engagieren sich die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit der Stadt für Prävention.

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Landesvertretung Hamburg des vdek  
Spaldingstraße 218, 20097 Hamburg

Telefon 0 40 / 41 32 98-12

Telefax 0 40 / 41 32 98-22

E-Mail [stefanie.kreiss@vdek.com](mailto:stefanie.kreiss@vdek.com)

Redaktion Stefanie Kreiss

Verantwortlich Kathrin Herbst

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-407X