

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE WAS ÄNDERT SICH bei der Bedarfsplanung | NEUER VORSITZENDER DER SCHIEDSSTELLE im Interview | EINIGUNG bei Landesbasisfallwert | ERSATZKASSENFORUM zur Bundestagswahl 2013

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . MAI 2013

AUS DEM VDEK

Initiative Gesundheit und Arbeit auf dem Vormarsch

Foto: iga



Das Gesundheitsreformgesetz (GRG; 1989) verankerte die Ermittlung und Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken erstmals gesetzlich. Anfängliches Nebeneinander ist heute einem verlässlichen Miteinander von gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung gewichen. Gerade die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga; ab 2002) ist prädestiniert, gemeinsame Interessenlagen in projektbezogene Schwerpunkte zu fixieren. Neben dieser auf Bundesebene praktizierten Zusammenarbeit haben sich auch immer mehr regionale und branchenorientierte Kooperationsprojekte entwickelt. Dass diese Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren intensiviert wurde, bestätigt eine Befragung des Arbeitskreises „Prävention in der Arbeitswelt“. Die Umfrage zeigt aber auch, dass 60 Prozent aller Berufsgenossenschaften die Kooperation mit den Krankenkassen noch weiter verbessern möchten.

AMBULANTE VERSORGUNG

Ziele und Instrumente der neuen Bedarfsplanung

„Revolutionieren“ die neuen gesetzlichen Vorgaben die ärztliche Bedarfsplanung in den Regionen Sachsen-Anhalts und können sie zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung unserer Versicherten beitragen?

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG; 1992) führte in Deutschland ab 1995 die Zulassung bei Vertragsärzten ein. Diese Bedarfsplanung ist nach Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen regionalisiert. Der Zulassungsausschuss entscheidet über Ausgangs- bzw. Antragsverfahren; bei Widerspruchsverfahren ist der Berufungsausschuss Sachsen-Anhalt zuständig. Vertreter von Ärzten und Krankenkassen besetzten diese Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung paritätisch.

Gesetzgeber, Kassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen haben jahrelang um eine Reformierung der bisherigen Zulassungsregeln gerungen. Nun, nach 209 monatlichen Fortschreibungen, wurde die alte Bedarfsplanung durch eine neue ersetzt.

Hierzu schuf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG; 2011) die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und legte eine zwingende Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung ab 2013 fest.

Zentrale Kernpunkte der Bedarfsplanung „Neu“ sind

- Neugliederung der Arzt-/Facharztgruppen,
- Neugliederung der Planungsbereiche,
- Neufestlegung der Verhältniszahlen und
- Neuregelung der Sonderbedarfszulassung.

Da die veränderten Rahmenbedingungen bereits ab dem 1. Januar 2013 umgesetzt werden mussten, war der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gezwungen, eine überarbeitete Richtlinie bis zum Ende des Jahres 2012 zu verabschieden. Die Parteien stellten im Verhandlungsverlauf konzeptionelle Ansätze vor, die zu unterschiedlichen Konsequenzen, speziell in der Anzahl neu zu besetzender Haus- und Facharztstze, führten.

Bei der Neugestaltung der Bedarfsplanung gehen die Kassenverbände von der Feststellung aus, dass kein genereller Ärztemangel, sondern ausschließlich ein Verteilungsproblem besteht, sodass der Umverteilung von Überversorgung mehr



Plan und Soll



von
DR. KLAUS HOLST
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Auf der Bundesebene ist man sich einig geworden: Nun gibt es eine ausgefeiltere Bedarfsplanung für die Ärzteschaft. Die Planfortschreibungen von der Geschäftsstelle des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen können den Bedarf an Leistungen niedergelassener Ärzte künftig zielgenauer abbilden. Dabei ist allerdings noch offen, ob die Kassenärztliche Vereinigung auch Demografiefaktoren für den alternden Arzt oder etwa historisch begründete Abweichungen von der Systematik für die einzelnen Planungsbereiche in die Diskussion einbringt. So oder so: Die Bedarfsplanung soll zu einem wirksameren Instrument werden, das die Fähigkeit der Beteiligten aufzeigt, die Sicherstellung in der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Inwieweit dies dazu beiträgt, die realen Versorgungsverhältnisse zu verbessern, steht vor dem demografischen Trend auf einem ganz anderen Blatt. Während sich unsere Landesregierung einem eisernen fiskalischen Konsolidierungskurs unterzieht, argumentiert die Kassenärztliche Vereinigung mit „morbiditybedingten notwendigen Vergütungen“, die um zweistellige Zuwachsraten erhöht werden müssten, sodass die Sicherung der ambulanten Versorgung ihren Beitrag erhalte. Sparen oder Geld ausgeben vor der demografischen Falle, was ist der richtige Weg? Das hängt wohl von der Wahrscheinlichkeit ab, mit der auch künftig Finanzspritzen von außen kommen.



Gewicht zukommen muss. Darüber hinaus soll zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in Regionen, in denen bereits nach den bisherigen Kriterien Unterversorgung besteht oder drohen könnte, einer Nachbesetzung von Hausarztstellen absoluter Vorrang eingeräumt werden.

Erste Versorgungsebene

Hausärzte sollen künftig als erste Versorgungssäule auf der Ebene von 879 Mittelbereichen in ganz Deutschland (davon 30 in Sachsen-Anhalt) beplant werden.

»Eine „Beplanung“ der ärztlichen Versorgungsdichte darf nicht erst mit der freien Niederlassung beginnen. Schon im Ausbildungsprozess sind Steuerungen für eine perspektivische Arztspezialisierung erforderlich.«

Dr. Schmeichel

Durch Aufspaltung dieser Mittelbereiche kann eine gezielte Niederlassung vor Ort erfolgen. Die Raumtypen ergeben sich aus den Raumabgrenzungen, die das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung vornimmt (siehe Grafik 1 erste Versorgungsebene = hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt).

Zweite Versorgungsebene

Die Beplanung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung soll als zweite Ebene wie bisher auf der Grundlage von 372 Stadt- und Landkreisregionen (davon 13 in Sachsen-Anhalt) erfolgen.

Dritte Versorgungsebene

Hier sollen in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung u.a. Radiologen, Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater auf der Ebene von Raumordnungsregionen beplant

werden (bundesweit 98; davon vier in Sachsen-Anhalt). Die regionale Verteilung soll Subspezialisierungen berücksichtigen.

Vierte Versorgungsebene

Kleinere Arztgruppen wie Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner waren bislang nicht in die Bedarfsplanung einbezogen und bilden nun künftig die vierte Ebene. Hier erfolgt die Beplanung in der Struktur der bundesweit 17 KV-Bereiche (davon einer in Sachsen-Anhalt)

Alles wird besser – oder nur anders?

Mit der Reform der Bedarfsplanung ist eine Aufwertung der ländlichen Räume sowie der hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung verbunden. Für die Psychotherapeuten entstehen ca. 1.350 (Sachsen-Anhalt 159) zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten. Ein Demografiefaktor soll die Einflüsse demografiebedingter Morbiditätsveränderungen in allen Planungsbereichen so abbilden, dass dem zunehmenden Leistungsbedarf bei über 65-Jährigen planmäßig eine zunehmende Anzahl niedergelassener Ärzte gegenübersteht.

Aus Sicht der Verbände bringt die neue Bedarfsplanung einige wichtige Verbesserungen, so u.a.

- Beschränkung des Zuwachses an neuen Arztsitzen in gut versorgten Bereichen,
- Bessere Berücksichtigung/Anrechnung ermächtigter Ärzte,
- Einführung unterschiedlicher Versorgungsebenen und einer nach Versorgungsebenen differenzierten Planung,
- Stärkung der primärärztlichen Versorgung und des ländlichen Raums,
- Einbeziehung der gesonderten Arztgruppen in die Planung und damit künftig Möglichkeiten zur Steuerung des Arztlwachstums und der betreffenden Leistungsausgaben.

Für Sachsen-Anhalt ist im Einzelnen festzustellen:

- Die Bedarfsplanung berücksichtigt jetzt die aktuellen Bevölkerungszahlen und nicht – wie noch im Vorjahr – die aus dem Jahr 2006!
- Die Zahl der offenen Arztstellen sinkt landesweit von 400 im hausärztlichen auf 174. Dies sollte zur Versachlichung in der Debatte um die ärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt beitragen.
- In Sachsen-Anhalt sind auch Arztstellen im fachärztlichen Bereich zu besetzen, aktuell sind dies 115,5.
- Die regionale Verteilung der offenen Stellen zeigt die niedrigsten Versorgungsgrade in der gesamten Harzregion und im so genannten „Chemiedreieck von Halle-Bitterfeld-Dessau/Roßlau (vgl. Grafik 1).

Als Fazit bleibt insgesamt festzuhalten, dass die neue Bedarfsplanung in Sachsen-Anhalt zu einer Versachlichung in der Diskussion um einen drohenden Ärztenotstand führen wird. Klar ist aber auch, dass die Sicherstellung des Versorgungsbedarfes bereits bei der Ausbildung junger Mediziner beginnt. Wenn man dem neuen Schiedsstellenvorsitzenden Glauben schenken darf, scheint eine Lockerung des Zulassungsschlüssels für das Medizinstudium nicht der richtige Weg zu sein (vgl. Interview S. 4).

Die Ziele und Instrumente der neuen Bedarfsplanung sind Thema unseres diesjährigen Symposiums im Herbst 2013. Dort sollen die Beteiligten der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Politik Gelegenheit haben, ihre Erwartungen und Forderungen vorzustellen. ■

PFLEGE

Vernetzte Pflege landesweit evaluiert



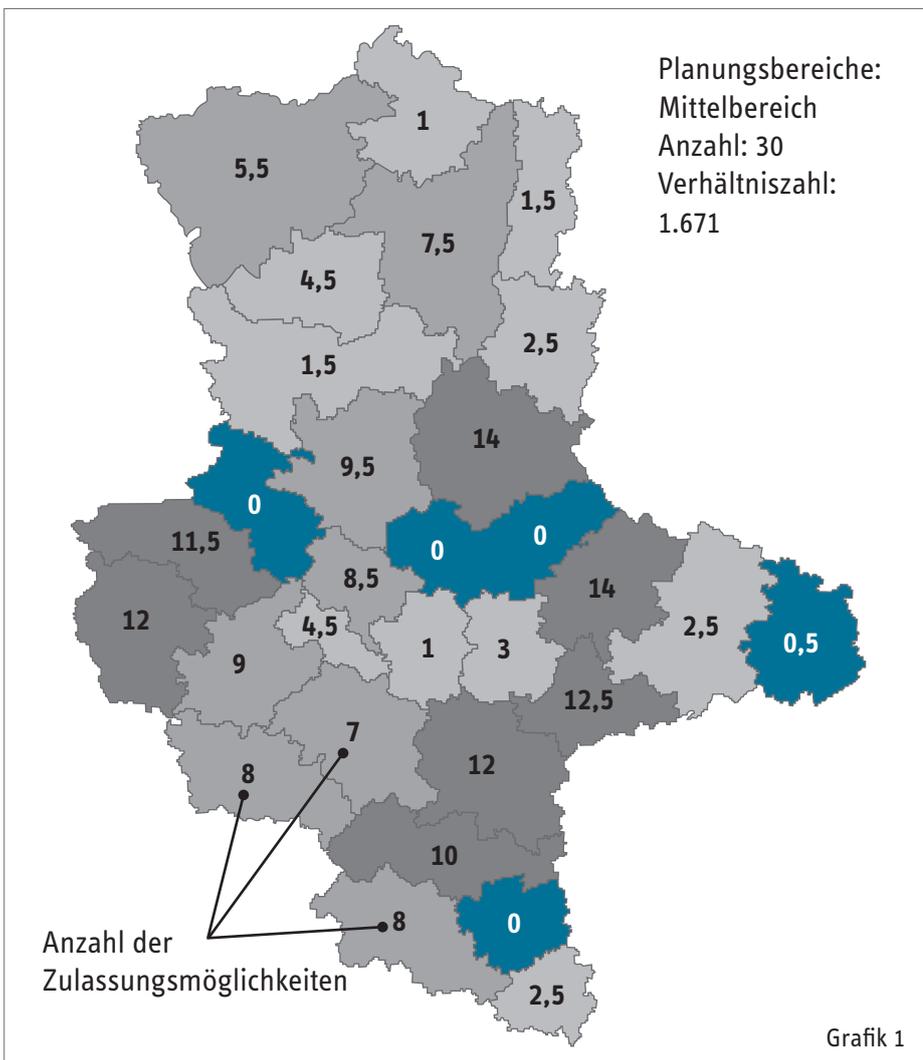
Sachsen-Anhalt ist nicht nur das Land der Frühaufsteher, sondern auch die Region in Deutschland, in der die Pflegeversicherung die Beratungsstrukturen vernetzt und nicht „verstärkt“.

Bereits mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung zur vernetzten Pflegeberatung (2010) waren sich Pflegekassen, kommunale Spitzenverbände und Sozialministerium einig, die Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung zu evaluieren. Es soll überprüft werden, ob Ratsuchende von ihrer Pflegekasse oder den kommunalen Beratungsstellen aus einer Hand umfassend über ihr Anliegen beraten werden.

Die Evaluierung ist für 2013 geplant. Ihre Ergebnisse werden zeigen, ob die vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt dem gesetzlichen Anspruch des § 92 c SGB XI genügt.

Die Ausschreibung zur Evaluation erfolgte im Oktober 2012. Die Pflegekassen haben sich an der Erarbeitung der Ausschreibung beteiligt. Ihre Erfahrungen aus der letzten Evaluation der vernetzten Pflegeberatung in den Modellregionen im Jahr 2009 und der praktischen Umsetzung in allen Regionen des Landes Sachsen-Anhalt seit 2011 flossen mit ein. Aus Sicht der Pflegekassen handelt es sich bei der vernetzten Pflegeberatung um ein Erfolgsmodell. Es bleibt jetzt abzuwarten, ob der Gutachter diesen Eindruck teilt und welche politischen Konsequenzen die Ergebnisse der Begutachtung haben werden.

GRAFIK: VDEH



Grafik 1

Neuer Schiedsstellen- vorsitzender

Er wurde gefragt und er wird sich der neuen Aufgabe stellen: Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra ist der neue Vorsitzende der Schiedsstelle nach § 89 SGB V, die Vereinbarungen festlegt, die die Vertragsparteien auf dem herkömmlichen Verhandlungsweg nicht treffen wollten oder konnten.

Solange im Rahmen der Selbstverwaltung die Vertragsparteien „Ärzte“ und „Krankenkassen“ zu Vertragsabschlüssen kommen, darf sich das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung mit der Rolle eines „stillen“ Beobachters begnügen. In den letzten zwanzig Jahren gab es in der Mehrzahl Verhandlungsabschlüsse, allerdings, die Ausreißer der letzten Jahre waren herausragend: Immer mal wieder hieß es: „Schiedsamt bitte übernehmen“

Die Vertragsparteien sind sich jedenfalls sicher, dass der neue Vorsitzende in diesem Fall mit all seiner Berufserfahrung souverän und ausgewogen agieren wird. Zum beruflichen Hintergrund: Prof. Bernt-Peter Robra ist Leiter des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) an der „Otto von Guericke“ Universität zu Magdeburg und damit maßgeblich an der Ausbildung zukünftiger Ärztgenerationen beteiligt. Diese Nähe zum medizinischen Nachwuchs und seinen Ausbildungsschwerpunkten ist uns Anlass, mit Blick auf die modifizierte Bedarfsplanung eine kurze Einschätzung über deren mögliche Wirksamkeit zu hinterfragen.

vdek Der ärztliche Nachwuchs benötigt relativ viel Zeit, ehe seine Ausbildung – bis hin zum Facharzt abgeschlossen ist. Besteht hier Handlungsbedarf?

Prof. Robra Die Europa-Norm von 5500 Stunden Ausbildung sind in weniger als 6 Jahren kaum zu schaffen. Das Verhältnis von Theorie und Praxis kann man ändern. Das PJ (praktische Jahr, Anm. der Redaktion)

muss nicht unbedingt am Ende im 6. Studienjahr liegen. Freie Famulaturen können als Praktika planmäßig ins Studium integriert werden. Ambulante Patienten können verbindlicher in die Lehre einbezogen werden. Die Fakultäten erwarten gerade einen kompetenzorientierten Lernzielkatalog. Die Weiterbildung ist als zu wenig strukturiert erkannt. Die Bundesärztekammer arbeitet an neuen Vorgaben, die statt Mindestzeiten und Verrichtungsstatistiken auch einen Kompetenzkatalog enthalten sollen, der grundsätzlich auch unterhalb der bisherigen Zeit erworben werden kann. Das geht in die richtige Richtung. Der Facharzt-Mix, der die Weiterbildung verlässt, ist derzeit wesentlich Folge des Assistentenbedarfs der Krankenhäuser. Damit bekommen wir schwerlich den Facharzt-Mix, den die ambulante Versorgung benötigt, vor allem zu wenig Primärversorger. Deswegen muss die Weiterbildung sektorübergreifende Systemaufgabe werden, d.h. sie muss mit dem Sicherstellungsauftrag verbunden werden. Die Kassen müssen über den Fächermix der Weiterbildungsstellen mitbestimmen wollen. Gibt es darüber schon Vereinbarungen mit Krankenhäusern?

vdek Sehen Sie neben dem Numerus Clausus für das Medizinstudium und den Vorgaben aus der Bedarfsplanung weitere Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung? Braucht das Land mehr Mediziner?

Prof. Robra Mehr Mediziner brauchen wir nicht, insbesondere nicht mehr vom selben Mix. Wir haben eine erhebliche Fehlverteilung der Ärzte und ein unausgeschöpftes Delegationspotenzial an nichtärztliche



PROF. DR. MED. M.P.H. BERNT-PETER ROBRA

Gesundheitsberufe. Eine Modellrechnung hat gezeigt (vgl. Ozegoswki und Sundmacher 2012, siehe Literaturhinweis): Wenn rund 9000 Vertragsärzte umziehen (das ist weniger als ein Absolventenjahrgang), wäre eine „gleichmäßige“ Versorgung erreicht. Was „gleichmäßig“ bedeutet, hängt natürlich auch von der regionalen Auflösung der Planungsbereiche ab, die mit der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie gerade neu geschnitten wurden. Dieser Schritt wird aber flankiert werden müssen von einer Stärkung der Primärversorgung. Die vertragsärztliche Residenzpflicht ist aufgehoben, das kommt den Lebensplanungen des ärztlichen Nachwuchses entgegen. Ein weiter Schritt könnten fächerübergreifende Ärztgemeinschaften sein, die die Primärversorgung von 20.000-50.000 Einwohnern gewährleisten können und nur die Fachärzte aufnehmen (oder beauftragen), die man für die Versorgung einer solchen Einwohnerzahl braucht. ■

Literaturhinweis:

Bibliografie
DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1321748>
Online-Publikation:10.8.2012

Gesundheitswesen 2012
74: 618-626
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0941-3790

LANDESGESETZGEBUNG

Grünes Licht für die Umsetzung

FOTO: kaysus - Fotolia.com

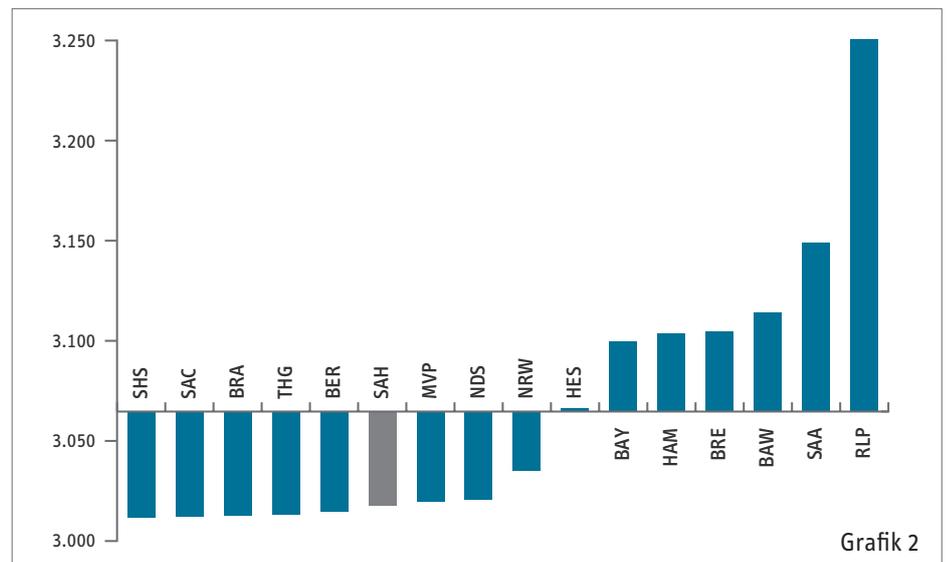


Der Gesetzgeber hat den Ländern mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit eröffnet, ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Krankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten zu bilden. Auf seiner letzten Sitzung hat nun der Landtag dem hierzu erforderlichen gesetzlichen Rahmen ein eindeutiges „Grün“ erteilt. In der Begründung zum Gesetzentwurf ist nachzulesen: „... Die geringe Bevölkerungsdichte, der anhaltende Bevölkerungsrückgang, die steigende Lebenserwartung und ein hohes Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten bereiten in einigen Regionen Sachsen-Anhalts bereits heute erhebliche Versorgungsschwierigkeiten. Lösungen, die regional auch unterschiedlich ausfallen können, müssen sektorenübergreifend gedacht und entwickelt werden. Die Verantwortlichen im Gesundheitssystem des Landes werden deshalb als arbeitsfähige, effiziente und dauerhafte Struktur zusammengebracht...“ vgl. Drucksache 6 1774 S. 5
Diese Intention wird von den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt ausdrücklich begrüßt.

STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

Neuer Landesbasisfallwert 2013 für die Krankenhäuser

Die Differenz zwischen den einzelnen Länderbasisfallwerten nimmt ab. Immerhin sollte die Konvergenzphase von 2005 bis einschließlich 2013 dauern. Eigentlich ... , die Realität besitzt ihre eigene Dynamik, in Rheinland-Pfalz driftet man außerhalb jeglicher Angleichungsbemühungen.



DER VERGLEICH DER LÄNDERBASISFALLWERTE 2013 (nach Kappung; ausgehend vom rechnerischen Mittelwert ca. 3.065,00 Euro)

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt und die Verbände der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt haben sich nach intensiven Verhandlungen auf einen Landesbasisfallwert für das Jahr 2013 in Höhe von 3.013 Euro geeinigt.

Das Sozialministerium hat den landesweit geltenden Basisfallwert bereits ab dem 1. April 2013 genehmigt. Den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt stehen damit insgesamt etwa 30 Millionen Euro mehr als noch im letzten Jahr für die Behandlung der Patienten zur Verfügung.

Der Abschluss gibt den Kliniken und den Krankenkassen gleichermaßen eine sichere Planungsgrundlage für ihre erwarteten Ausgaben und Budgets.

In Sachsen-Anhalt werden in 48 Plankrankenhäusern über 600.000 Patienten pro Jahr stationär behandelt. Diesen

Behandlungsfällen liegt auf Basis des vereinbarten Landesbasisfallwertes ein Landesbudget (exklusive Psychiatrie) von ca. 1,8 Milliarden Euro zu Grunde.

Aufgrund der politischen Diskussion auf der Bundesebene ist es jedoch nicht ausgeschlossen, dass der vorliegende Abschluss noch nicht der letzte Stand und damit einzige Landesbasisfallwert (LBFW) für 2013 bleibt. Wenn der Gesetzgeber für die zugesagten zusätzlichen Mittel der Tariflohnfinanzierung für die Krankenhäuser eine undifferenzierte Verteilung über den LBFW wählen sollte, wäre eine entsprechende Anpassung in der Vergütung der Fälle erforderlich. Die Ersatzkassen sehen trotz dieser offenen Finanzierungsfrage keinen Grund, die Zeit für die Einzelverhandlungen mit den Krankenhäusern Sachsen-Anhalts streichen zu lassen. ■

Gesundheitspolitik Nebensache?

Gesundheitspolitische Themen treten vor den Problemen der Finanz- und Eurokrise in den Hintergrund. Nichtsdestotrotz wählen wir am 22. September 2013 einen neuen Bundestag und dann stehen die jüngsten gesundheitspolitischen Gesetzesinitiativen auf dem Prüfstand.

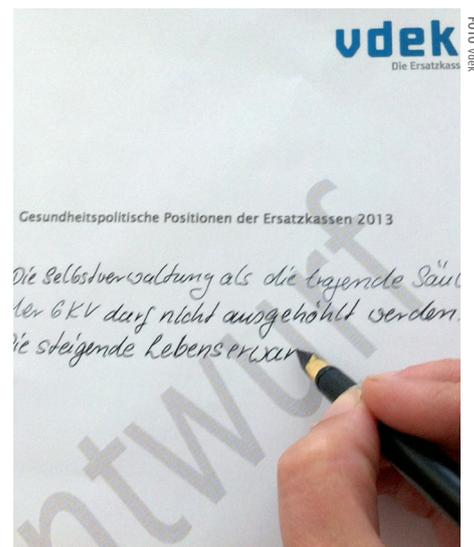
Deutschland wählt im September einen neuen Bundestag. Politische und gesundheitspolitische Weichenstellungen für die nächsten Jahre sind damit verbunden. Hierbei sind gerade die Chancen für alles das, was aus Sicht der Ersatzkassen gut läuft und Kontinuität verkörpert, zu betonen und für alles das, was sich fehlerhaft entwickelt, Alternativen aufzuzeigen. Die „Wahlprüfsteine“ der Ersatzkassen sollen helfen, die programmatischen Positionen der Parteien zur zukünftigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung vor diesem Hintergrund zu bewerten.

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems sind das Solidaritäts- und das Selbstverwaltungsprinzip. Diese Prinzipien werden in der gesetzlichen Krankenversicherung gelebt und stellen sicher, dass alle gesetzlich Versicherten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung erhalten können. Weder Alter, Geschlecht oder das individuelle Krankheitsrisiko sind reglementierend oder selektierend! Jeder zahlt nach seinen finanziellen Möglichkeiten. Jeder besitzt den gleichen Anspruch auf die notwendigen medizinischen Leistungen.

Die umfassende Absicherung von Krankheitsrisiken ist ein in seiner Tragweite nicht zu unterschätzender gesellschaftlicher Stabilitätsfaktor, der den sozialen Frieden in unserem Land stützt.

Die Ersatzkassen haben Kernthesen und -forderungen für die Kontinuität und für „Richtigstellungen“ in der Zukunft formuliert (lagen bei Redaktionsschluss als Entwurf vor):

1. Die Selbstverwaltung als die tragende Säule der GKV darf nicht ausgehöhlt werden.
2. Die steigende Lebenserwartung und die daraus resultierenden Veränderungen des Krankheitsspektrums und der medizinischen Versorgung bedürfen Handlungsoptionen.
3. Der heutige GKV-Leistungskatalog bildet auch zukünftig die Grundlage der gesundheitlichen Versorgung.
4. Qualität ist und bleibt das Kennzeichen der gesundheitlichen Versorgung in der GKV.
5. Prävention zeichnet sich durch Vielfalt aus.
6. Das Fundament der GKV ist eine verlässliche Finanzierung.
7. Eine gute Pflegeversorgung ist Ausdruck einer humanen Gesellschaft.
8. Das EU-Parlament wirkt zunehmend in nationale Sozialversicherungssysteme hinein.



Das diesjährige Ersatzkassenforum zum Thema „Sozial gerecht, demografiefest und patientennah: Stolpersteine oder Wegweiser für die zukünftige Gesundheitspolitik in Deutschland“ steht deshalb im Zeichen der Bundestagswahl 2013 (siehe Programm). ■

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Ersatzkassenforum 2013

„Sozial gerecht, demografiefest und patientennah: Stolpersteine oder Wegweiser für die zukünftige Gesundheitspolitik in Deutschland“

Am 19. Juni 2013 im Ratswaagehotel Magdeburg.

18.10 Uhr: Norbert Bischoff, Minister für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

18.35 Uhr: Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, Berlin

19:05 Uhr: Podiumsdiskussion mit den Spitzenkandidaten der Parteien Sachsen-Anhalts für die Bundestagswahl

- Dr. Christoph Bergner, CDU
- Dr. Roswita Hein, DIE LINKE
- Petra Grimm-Benne, SPD
- Stephan Bischoff, Bündnis 90/Die Grünen
- Jens Ackermann, FDP

und der vdek Vorstandsvorsitzenden Ulrike Elsner.

Moderation: Dr. Klaus Holst

DEMOGRAFIE

Allianz in Aktion



FOTO: CONTRASTWORKS/ISTOCK - FOTOLIA.COM

Deutschland erlebt einen gewaltigen demografischen Umbruch. Alterung und Verringerung der Bevölkerung werden in der ersten Hälfte des 21. Jahrhunderts rasant fortschreiten. Die Region Sachsen-Anhalt wird mit am stärksten von diesen Umbrüchen betroffen sein.

Daher wurde seitens der Landesregierung eine Demografie-Allianz ins Leben gerufen, die durch das Wirken und Mitgestalten vieler gesellschaftlicher Akteure Impulse setzen soll. Bewusstes Handeln bei der Gestaltung des demografischen Wandels bedarf auch einer Würdigung. Die Demografie-Allianz plant daher die Auslobung eines „Demografiepreises“ für innovative bzw. nachhaltige Projekte aus Sachsen-Anhalt zu vergeben.

Mögliche Themenfelder bzw. Maßnahmen sind in der aktuellen Diskussion z.B:

Maßnahmen, Projekte und Initiativen;

- die nachhaltig zur Verbesserung der Lebensqualität und Versorgung der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Gebieten, beitragen;
- die zur Beschäftigungssicherung sowie Schaffung beruflicher Perspektiven in Sachsen-Anhalt beitragen;
- die nachhaltig und ideenreich an der Gestaltung des demografischen Wandels mitwirken, zur Stärkung der Bleibe- und Willkommenskultur in Sachsen-Anhalt beitragen und insbesondere von und mit jungen Leuten durchgeführt wurden;
- die das Gesundheitsbewusstsein unterstützen und fördern, die Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit stärken und verbessern.

Die Ersatzkassen stehen diesen Planungen bzw. dieser Diskussion positiv gegenüber. Insbesondere werden sie per se sich dem Gesundheitswesen zugewandte Initiativen und Projekte nicht verschließen.

Die Demografie-Allianz wird zurzeit von 69 Partnern getragen. Es wäre aus Sicht der Ersatzkassen ausgesprochen hilfreich, wenn an einer alsbaldigen Auslobung ebenfalls eine breite Allianz von Finanzpartnern der Demografie „dienen“ würde. (Link: www.demografie.sachsen-anhalt.de)

KURZ GEFASST

Palliativversorgung

In Sachsen-Anhalt arbeiten sieben Palliative-Care-Teams, die die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) der Ersatzkassen-Versicherten sicherstellen. Die mit den Ersatzkassen vertraglich gebundenen Palliative-Care-Teams erbringen die SAPV ausschließlich durch Ärzte mit einer anerkannten Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und Pflegefachkräfte mit einer Palliative-Care-Weiterbildung. Durch die engagierte Arbeit der Palliative-Care-Teams konnte im Jahr 2012 den Anträgen auf eine besonders aufwändige Versorgung der Ersatzkassen-Versicherten mit nicht heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen in der Häuslichkeit entsprochen werden.

Flächendeckende Hospizversorgung

In Sachsen-Anhalt gibt es insgesamt sechs stationäre Hospize, eines davon ist das im April 2013 neu eröffnete erste Kinderhospiz in Sachsen-Anhalt.

Landesgesundheitskonferenz

Die 6. Landesgesundheitskonferenz wird am 21.11.2013 stattfinden. Inhaltliche Schwerpunkte zum Thema: „gesund arbeiten und gesund leben“ werden von der Landesvereinigung für Gesundheit konzipiert. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird sich inhaltlich an der Konferenz beteiligen.

MELDUNG

Regionales Herzregister geplant

Die Landesregierung in Sachsen-Anhalt plant ein regionales Herzinfarktregister. Vor dem Hintergrund der Aussagen aus dem sogenannten Brückenberger-Bericht sei man zum Handeln verpflichtet, so äußerte sich der Staatsminister vor Vertretern von Ärzten und Krankenkassen im Januar 2013 in der Staatskanzlei.

Aus statistischer Sicht ließe sich dieser Handlungsdruck belegen: Sachsen-Anhalt lag hiernach im Jahr 2011 mit einer Mortalitätsrate für einen akuten Herzinfarkt von rund 104 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner weit über dem Bundesdurchschnitt von etwa 69 Sterbefällen.

Die Ersatzkassen haben sich dazu bereit erklärt, dieses in Aussicht gestellte Register mit ihren Routinedaten aus der Patientenbehandlung zu unterstützen.

BÜCHER

Milieu-Studie zur Gesundheit

Gesundheit schätzen die meisten Menschen als ein besonders hohes Gut. Im Lebensalltag führt diese Einstellung jedoch häufig nicht zu einer entsprechenden Lebensweise. Diese Diskrepanz zwischen der hohen Wertschätzung von Gesundheit einerseits und der geringen Bereitschaft zum gesunden Lebenswandel andererseits, erweist sich in hohem Maße als milieuabhängig. Den Ursachen für die stark differenzierte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und deren Ursachen geht die Studie zur Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem nach.



Wippermann, Arnold, Möller-Slawinski, Borchard und Marx Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem 2011, 316 S., € 34,95, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Geschichte des Gesundheitsfonds

Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 wurde durch die Einführung des Gesundheitsfonds die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine institutionell völlig neue Grundlage gestellt: Zum ersten Mal in der Geschichte der GKV übernahm der Staat durch die staatliche Festsetzung des Beitragssatzes die Verantwortung für die Finanzierung der GKV. Der Autor liefert eine umfassende Analyse der Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds, dessen Weiterentwicklung und Auswirkungen.

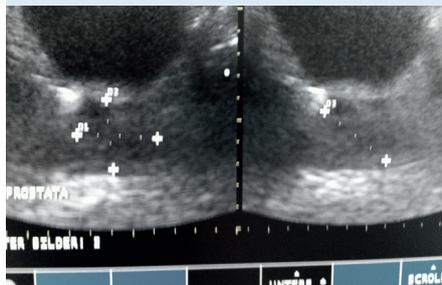


Holger Pressel Der Gesundheitsfonds: Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen 2012, 272 S., € 39,95, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

ANGEWANDTE FORSCHUNG

For men's health only: PREFERE Studie

FOTO: wifek



2013 beginnt Deutschlands größte Prostatastudie (PREFERE-Studie). Es handelt sich hierbei um eine Langzeitstudie, die erst in 17 Jahren ihren Abschluss finden wird.

Mit Hilfe von insgesamt 7.600 Teilnehmern soll bis 2030 untersucht werden, von welcher der zurzeit vier angewandten Behandlungsmethoden bei lokal begrenztem Prostatakrebs Patienten am meisten profitieren.

Die PREFERE-Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt von verschiedenen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens. Sie wurde auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch den GKV-Spitzenverband initiiert. Ziel ist es, belegbare Daten zur Bewertung der Brachytherapie zu erhalten. Unter der Brachytherapie versteht man das Abtöten des Tumors mittels vieler kleiner, dauerhaft in der Prostata platzierter Strahlenquellen.

Auch interessierte Ersatzkassenpatienten mit Prostatakrebs aus Sachsen-Anhalt können ab sofort an der PREFERE-Studie teilnehmen. Weitere Informationen hierzu erteilen Krankenkassen oder der behandelnde Urologe. Darüber hinaus können auch Informationen unter www.prefere.de abgerufen werden.

PERSONAL

22 Jahre für Verband und BARMER GEK

FOTO: wifek



UNSER PFLEGEREFERAT Birgit Grunert 2. von links

Birgit Grunert, Referatsleiterin Pflege der vdek-Landesvertretung, verabschiedet sich in den wohlverdienten Ruhestand.

22 Jahre hat sie als diplomierte Betriebsökonomin das Vertragsgeschäft zuerst bei der BARMER, für den Bereich Krankenhaus und Rehabilitation, und ab 2004 in der vdek-Landesvertretung, für die Pflege in Sachsen-Anhalt, stets mit Herzblut aufgebaut und gestaltet. Außerhalb ihrer dienstlichen Verpflichtungen engagiert sich Birgit Grunert für historische Projekte in Magdeburg und verbringt viel Zeit mit ihrer Enkelin. Ihre KollegInnen wünschen Ihr alles erdenklich Gute und ganz, ganz viel Gesundheit, damit auch das Hobby: jährlicher Urlaub in Nessebar/Sonnenstrand, keine Unterbrechung erfahren muss.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e.V.

Schleifufer 12, 39104 Magdeburg

Telefon 03 91 / 5 65 16-0

Telefax 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com

Redaktion Dr. Volker Schmeichel

Verantwortlich Dr. Klaus Holst

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2174