

report schleswig-holstein

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2008

ersatzkassen

Neuer Verschiebebahnhof durch Krankenhaus-Tarifabschluss **Beitragssatz von 15,5 Prozent in 2009 wahrscheinlich**

Die Ersatzkassenverbände in Schleswig-Holstein warnen vor der Abwälzung der Kosten des Tarifabschlusses auf die Krankenkassen. Wenn Tarifpartner und Politik damit rechnen, dass die Personalkostensteigerung allein von den Beitragsgeldern der Versicherten aufgefangen wird, haben sie die Rechnung ohne den Wirt gemacht.

Dass das Krankenhauspersonal aufgrund der Tarifabschlüsse eine gerechtere Honorierung ihrer Arbeit erhalten haben ist ein gutes Signal. Sollte die gesetzliche Krankenversicherung allerdings erneut zum Verschiebebahnhof aufgrund einer desolaten Sozialpolitik werden, würde dies die Beitragszahler bundesweit rund 1,44 Milliarden Euro kosten. Denn dies sind die erstrittenen vier Prozent der Personalkosten in Krankenhäusern von rund 36 Milliarden Euro. In Schleswig-Holstein ist mit einer zusätzlichen Finanzierung von etwa 45 Millionen Euro zu rechnen. Diese Summe muss die Politik einrechnen, wenn sie den einheitlichen Beitragssatz aller Krankenkassen für den Gesundheitsfonds im Jahre 2009 festlegt. Dann reden wir allerdings über eine Beitragssatzerhöhung von heute 14,85 Prozent auf 15,46 Prozent – welche Partei will dies ihrem Wähler erklären.

In dieser Ausgabe:

- Neuregelung § 116 b Abs. 2 SGB V
- Gesundheitsfonds
- Wird Krebsfrüherkennung Luxus?
- Selbsthilfeförderung
- Klinik-Lotse

Es gibt nur zwei Alternativen für die Finanzierung dieses Tarifabschlusses. Wenn nicht der Beitragszahler die Zeche bezahlt, ist es der Steuerzahler. Somit bleibt es zynischerweise in beiden Fällen der gesetzlich versicherte Angestellte des Krankenhauses selbst, der für seine eigene Gehaltserhöhung aufkommt – entweder über den Beitragssatz oder die Steuer. Allerdings ist die Situation der Krankenhäuser im Land nicht so dramatisch, wie deren eigene Interessenvertretung es weismachen möchte. Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein sagt schließlich nur die halbe Wahrheit, wenn sie über jährliche Budgetsteige-

rungen von „nur 10 Millionen Euro“ klagt. Tatsächlich sind in den vergangenen zwei Jahren rund 40 Millionen Euro zusätzlich für entsprechende Mehrleistungen an die Kliniken im Land geflossen. Eine vergleichbare Steigerung erwarten die Krankenkassen auch für dieses Jahr.

Insgesamt ist die Finanzierung der stationären Versorgung mit rund 1,6 Milliarden Euro der größte Haushaltsposten der gesetzlichen Krankenversicherung in Schleswig-Holstein.

Eine Million Beitragskonten – Zwei Euro Zusatzbeitrag

Schon ohne die Tarifsteigerungen wird sich die kruddere Finanzierungssystematik der jüngsten Gesundheitsreform erheblich auf die Versicherten auswirken. Nach Berechnungen des Ersatzkassenverbände VdAK/AEV wird sich der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung von heute 14,85 Prozent des Einkommens in 2009 auf mindestens 15,32 Prozent erhöhen. Zusätzlich kommt auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von monatlich knapp über 16 Euro zu. Weiter müssen schätzungsweise für mehr als eine Million Mitglieder in Schleswig-Holstein Beitragskonten eingerichtet werden, um den Zahlungsverkehr dieser Zusatzprämie zu verwalten – ein bürokratischer

Mehraufwand von weiteren zwei Euro monatlich pro Mitglied. Durch diese Beitragshöhe entsteht eine finanzielle Dynamik, die immer mehr Härtefälle hervorruft. Der Beitrag wird binnen Jahresfrist auf durchschnittlich 23 Euro steigen. Denn im Fall einer finanziellen Überforderung muss die Kasse den ihr durch die nicht zahlenden Härtefälle entgehenden Zusatzbeitrag auf die noch nicht als Härtefall geltenden Mitglieder umlegen. Die Krankenkassen können auf diesen Teufelskreis nur mit Kostendämpfung reagieren und das werden zuerst die Ärzte und Therapeuten und dann die Versicherten zu spüren bekommen.

Im Gesundheitsfonds werden die Versichertenbeiträge zentral gesammelt und jeweils gleiche Summen pro Mitglied an die Krankenkassen verteilt. So werden die bislang unterschiedlichen Beitragssätze durch einen staatlich festgelegten einheitlichen Beitragssatz ersetzt. Krankenkassen, die mit den zugeteilten Mitteln nicht auskommen, können zusätzliche Beiträge (bis acht Euro pro Monat ohne Einkommensprüfung, bei höheren Pauschalsätzen beschränkt auf ein Prozent des Einkommens) erheben. Der Fonds soll die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nur zu 95 Prozent decken – mindestens fünf Prozent sind also über von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeiträge zu finanzieren.



Dietmar Katzer,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung

DER KOMMENTAR

Kliniken sind stabil – Patienten nicht verunsichern

Das Gesundheitssystem lässt sich mittlerweile auf eine einfache Gleichung bringen: Krankenkassen sind dazu da, die Menschen zu versichern, Krankenhäuser versuchen sie zu verunsichern. Allerdings kann von ruinierten Krankenhäusern und einer Gefährdung der Patientenversorgung nicht die Rede sein. Insbesondere jetzt, wo die Leistungen durch den § 116 b erweitert werden und der Umsatz damit steigen kann. Addiert werden müssen in Schleswig-Holstein der Wegfall der Sparbeiträge – ein Plus von etwa 16 Millionen Euro, die Tarifabschlüsse – ein Plus von etwa 45 Millionen Euro und die Mehrleistungsvergütung – ein Plus von etwa 20 Milli-

onen Euro. Diese Boni werden mit der Gießkanne über die Häuser gegossen, ohne hinzuschauen, ob qualitativ gut in notwendigen Strukturen gearbeitet wird.

In den vergangenen Jahren haben eine Reihe von Kliniken gezeigt, dass innere Strukturen erfolgreich zu ändern und wettbewerbsfähig zu gestalten sind. Fast drei Viertel der Häuser haben Gewinne erwirtschaftet oder zumindest ein ausgeglichenes Ergebnis erreicht. Die Krankenversicherungen haben dabei übrigens den Geldhahn konstant aufgedreht: Von 2003 bis 2007 sind die Ausgaben für die vollstationäre Versorgung von rd. 46,6 Mrd. auf 50,8 Mrd. Euro angestiegen. Ein Anstieg von fast 10 Prozent obwohl die durchschnittliche Verweildauer seit Jahren rückläufig ist und die Einkommen der Kassenmitglieder deutlich geringer gestiegen sind. Dass sich die Angestellten dennoch „einen kräftigen Schluck aus der Pulle“ verdient haben, ist nicht zu bestreiten. Vielleicht könnten diese Runde einmal die Führungskräfte ausgeben. Das Gehaltsgefälle vom Chefarzt zum Pfleger ist schließlich auch nicht mehr zeitgemäß.

Neuregelung § 116 b Abs. 2 SGB V durch das GKV-WSG

Geräuschlose Umsetzung in Schleswig-Holstein

Das GKV-WSG ermöglicht den Krankenkassen, mit Krankenhäusern Vereinbarungen über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen bzw. Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen abzuschließen. Bis Anfang Mai haben – allein in Schleswig-Holstein – 24 Krankenhäuser für 191 Leistungen Anträge nach dem neuen § 116 b SGB V gestellt. In einem Abstimmungsverfahren haben sich die Beteiligten auf die Zulassung von 17 Krankenhäusern mit 97 Leistungsbereichen geeinigt. Weitere Zulassungen von vier Krankenhäusern mit etwa 20 Leistungsbereichen befinden sich noch im Prüfungsverfahren.

Für die Versorgung des Flächenlandes Schleswig-Holstein ist die Öffnung der Krankenhäuser ein großer Vorteil. Sie hilft die Defizite in der ambulanten Versorgung bei speziellen Behandlungen auszugleichen, die aufgrund weiter Entfernungen – vor allem auf dem Land – schwer auszugleichen sind. Gleichzeitig können Leistungen, die unnötigerweise stationär erbracht werden mussten, jetzt wirtschaftlicher ambulant erfolgen. Und nicht zuletzt erhält die Krankenversicherung die Möglichkeit der Mitbestimmung bei der Erarbeitung von Zulassungskriterien.

Die Honorierung dieser Klinikleistungen ist von der Gesamtvergütung abgekoppelt und wird direkt mit den Kassen abgerechnet. Die Finanzierung ist nicht durch Budgets gedeckelt und wird von den Kassenverbänden mit der Kassenärztlichen Vereinigung über einen durchschnittlichen Punktwert festgelegt. Dieser Punktwert entspricht demjenigen, den die Kassenärzte für die vergleichbare Leistung erhalten. Den Krankenkassen ist es vorbehalten, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu prüfen.

Bemerkenswert ist die Geräuschlosigkeit des schleswig-holsteinischen Einigungsprozesses, weil das tech-

nische Aufbrechen der sektoralen Grenzen zwischen ambulant und stationär in sensible Hoheitsgebiete der Kassenärzte dringt. Hintergrund der Einführung des § 116 b ist die Absicht des Gesetzgebers, den von ihm gewollten Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten anzukurbeln. Allerdings sind in diesen neuen Wettbewerbsfeld bereits Vertragsärzte aktiv, denen die Krankenkassen im Rahmen der Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung Geld bereitstellen.

Die Abrechnungsverschiebung ohne Ausgleich wird sich aber auch innerhalb der Krankenhauslandschaft zeigen. Dort werden Leistungen, die unter den Katalog des § 116 b fallen derzeit entweder als teilstationäre Leistungen oder im Rahmen von Ermächtigungsambulanzen erbracht und innerhalb des stationären Krankenhausbudgets oder der vertragsärztlichen Gesamtvergütung abgerechnet. Es liegt auf der Hand, dass die Krankenhäuser für diese Behandlungen nun Anträge nach § 116 b stellen, um ungedeckelt abrechnen zu können. Auch hier muss daher eine Bereinigung der Budgets um die stationären Fälle erfolgen.

Schließlich erwartet der Gesetzgeber, dass das Gesundheitssystem – wenn schon nicht kostengünstiger – zumindest nicht teurer wird. Notwendig sind daher Budgetbereinigungen, damit es nicht zu einem Wettbewerb um Patientenquantität, sondern Leistungsqualität kommt. Schließlich geht es nicht darum, eine bestehende, mit dem Beitragsaufkommen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebaute, gut funktionierende ambulante Versorgung im vertragsärztlichen Bereich zu gefährden, nur um sie – doppelt finanziert – an anderer Stelle wieder aufzubauen. Sicherzustellen ist das Angebot in der ambulanten Versorgung – insbesondere eben für seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen, die nur von Fachärzten erbracht werden können.

Gesundheitsfonds: Plädoyer für ein seriöses Einführungszenario

Von Cord-Eric Lubinski

Es ist traurig aber wahr – der Gesundheitsfonds ist Gesetz – trotz der vernichtenden Kritik von Wissenschaft und Fachöffentlichkeit am Sinn und Zweck des Ganzen. Die größten Schwierigkeiten bereitet das neue Regelwerk den Krankenkassen. Obwohl ab 1. Januar 2009 die 150 Milliarden Euro GKV-Finanzien neu geordnet werden, gibt es keine zuver-

lässige Kalkulationsbasis für deren Steuerung. Dem Gesundheitssystem fehlt ein seriöses Einführungszenario!

Ein dreiviertel Jahr vor Einführung des Gesundheits-



Cord-Eric Lubinski,
stellvertr. Landesaus-
schuss Vorsitzender

fonds ist weder die Methodik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs klar, noch dessen Finanzzuweisung für die Krankenkassen. Und erst im November wird der Einheitsbeitrag festgesetzt von dessen Höhe die Zuweisung abhängig ist. Immerhin handelt es sich um den Einheitsbeitrag mit dem die große Koalition ins Wahljahr geht! Der Beitragsatz wird also Wahlkampfthema und die Kassen müssen davon ausgehen, dass dessen Höhe geringer ausfallen wird, als die tatsächlich erforderliche Summe, die das Gesundheitssystem benötigt.

Zwingend zu regeln ist auch die Lösung des Insolvenzrechts der Kassen. Und auch folgende Fragen, die zu einer massiven Wettbewerbsverzerrung führen, sind dringend zu lösen: Was passiert mit der sogenannten „Konvergenzklausel“, die politisch verständlich, aber ökonomisch widersinnig ist? Macht die „Überforderungsklausel“ für Versicherte bei der Erhebung der Prämie tatsächlich Sinn? Und – spiegeln die neue Honorarreform-Ärzte und das Krankenhausgesetz mit den neuen Einheitspunkt- und Bundesbasisfallwerten tatsächlich die regionalen Realitäten?

Der Gesundheitsfonds schaltet also ökonomische Konsequenzen scharf! Das sind zum Beispiel Prämienhöhungen, die zum Konkurs von Krankenkassen und in der Folge zu Anschlusskonkursen führen können. Eine verantwortliche Unternehmensführung würde niemals sein Unternehmen ohne Sicherheitsarchitektur einem solchen Großversuch ausliefern. Was wäre also unter Berücksichtigung aller politischen Interessen und Eitelkeiten ein seriöses Einführungsszenario:

1. Die Botschaft: Das Gesetz ist beschlossen und wird in allen Teilen umgesetzt.

2. Die einzelnen Instrumente Morbi-RSA, Honorarreform-Ärzte, Insolvenzrecht, Krankenhausgesetz, Liquiditätsreserve werden ab 01.01.2009 wie geplant eingeführt und ihr Wirkungsgefüge parallel analysiert und als selbstlernendes System ständig nachgebessert.
3. Dadurch werden sich die kassenindividuellen Beitragssätze für das Jahr 2009 automatisch im Sinne der neuen Finanzarchitektur verändern.
4. Der so automatisch entstehende Durchschnittsbeitragssatz könnte im Übergangsjahr 2009 als Benchmark „Einheitsbeitragssatz“ von den Aufsichtsämtern als Bezugsgröße für die Abschätzung kassenindividueller Prämieneffekte genutzt und Maßnahmen der organisatorischen und unternehmenspolitischen Anpassung zeitnah umgesetzt werden.

Dieses Szenario stiftet Sinn, es geht mit der Unsicherheit neuer und nicht erprobter Regeln sinnvoll und lernfähig um. Es bindet gleichzeitig die Akteure in seriöse Szenarien ein und entschärft die Aggressivität um Methodenfragen und ökonomische Interessenlagen.

Vor allem aber hat es einen ganz entscheidenden Vorteil:

Die große Koalition könnte so zeigen, dass sie bei Reformen in sensiblen Lebensbereichen und politisch bedeutsamen Infrastrukturen, die tief in die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung hineinreichen, ein seriöses Einführungsszenario vorgibt und einfordert. Dies würde in Zeiten der Unsicherheit und großer ökonomischer Verwerfungen ein wichtiges Signal für das Vertrauen der Bevölkerung in politische Führung sein.

Kooperation der Ersatzkassen mit dem Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein **Wird Krebsfrüherkennung für Risikopatientinnen Luxus?**

Manchmal ist Krankheit Schicksal – vererbtes. Gesichert ist, dass jede Krebserkrankung auf genetische Veränderungen zurückzuführen ist. Allerdings mit feinen Unterschieden: die große Mehrheit sind durch Tumorbildung „verunfallte“ Zellen. Wie auch beim Mammakarzinom, Deutschlands häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent aller Frauen erkranken im Laufe des Lebens bei einem mittleren Alter von 65 Jahren. Allein in Schleswig-Holstein betrifft dies jährlich 2.000 Frau-

en. Nur ein verschwindend geringer Teil von drei bis fünf Prozent der Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen sind dagegen anlagebedingt – mit einem frühen Erkrankungsalter und einer dramatischen Häufung an Fällen in den betroffenen Familien. Die Frauen in diesen Familien erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von bis zu 85 % in einem Durchschnittsalter von 45 Jahren. Die üblichen Früherkennungsmaßnahmen sind hier nicht ausreichend. Anders als die meisten Frauen in Deutsch-

land benötigen junge Erwachsene aus Hochrisikofamilien deshalb ein intensives Früherkennungsprogramm.

Außerdem können die Mediziner bei dieser kleinen Anzahl erkrankter Frauen eine äußerst erfolgreiche Diagnostik praktizieren. Belegt ist dies in einer Verbundstudie in 12 spezialisierten und interdisziplinär ausgerichteten universitären Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs zum erblichen Brustkrebs, die von 1997 bis 2004 durch die Deutsche Krebshilfe gefördert wurde. Grund genug für die Ersatzkassen eine Vereinbarung zur „Risikofeststellung, die interdisziplinäre Beratung, die Gendiagnostik, Früherkennungsmaßnahmen und die sektorenübergreifende Information der Maßnahmen für Patientinnen mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs bzw. deren Angehörigen“ mit Spezialkliniken in fünf Bundesländern abzuschließen.

Glück im Unglück hatte Sylvia P*. Die 30-jährige Mutter fasste sich ein Herz und nahm das Angebot ihrer Ersatzkasse zur Früherkennung in Anspruch. Bereits seit langem trug sie sich mit diffusen Ängsten, da mehrere Krebsfälle in ihrer Familie aufgetreten sind und ihre Schwester bereits an Eierstockkrebs erkrankt ist. Als eine von 500 Frauen zwischen 2005 und 2007 ersuchte Frau P. an der Universitätsklinik Kiel um einen Termin.

In einer ersten humangenetischen Beratung klärte sich dort, ob tatsächlich ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht. Während dieses Gespräches ermittelten die Spezialisten die Anzahl der erkrankten Verwandten, deren Erkrankungsalter und den Verwandtschaftsgrad. Hieraus folgte die Erkenntnis, dass eine erbliche Veranlagung vorliegen kann. Anschließend wurde von einem interdisziplinären Team aus Humangenetikern, Frauenärzten und Psychologen über die Möglichkeiten und Grenzen eines Gentests fachübergreifend aufgeklärt. Bei bundesweit etwa 30 Prozent der Frauen kann die Veranlagung durch eine spezielle molekulargenetische Untersuchung nachgewiesen werden. Zurzeit werden hier die zwei mit einem erhöhten Brust- und Eierstockkrebsrisiko assoziierten Gene BRCA1 und BRCA2 untersucht. Weltweite Untersuchungen an Hochrisikofamilien legen allerdings nahe, dass es noch weitere zu identifizierende Gene gibt, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen.

Wie bei Frau P. fanden die Mediziner bei weiteren 160 Frauen im nördlichsten Bundesland Indizien für ein Erkrankungsrisiko. In allen Fällen wurden weitere engmaschige Früherkennungsuntersuchungen und vorbeugende Maßnahmen eingeleitet, damit das Ausbrechen der bösartigen Geschwulst früh erkannt oder im besten Falle sogar verhindert

werden konnte. Bekannt ist, dass die prophylaktische Brustdrüsenentfernung bei Frauen mit einer Veränderung in den bekannten Genen zu einer Reduktion der Erkrankungswahrscheinlichkeit für Brustkrebs um rund 95 Prozent führt. Die prophylaktische Eierstock- und Eileiterentfernung reduziert das Risiko für Eierstockkrebs um ebenfalls rund 95 Prozent. Auch das Risiko für Brustkrebs wird durch die prophylaktische Eierstockentfernung um rund 50 Prozent gesenkt, sofern die Operation vor den Wechseljahren erfolgt. Eine klinische Prävention bieten die Ärzte u. a. an, wenn pathogene Mutationen in den Genen BRCA1 oder BRCA2 oder eine lebenslange Hochrisikosituation von mehr als 30 Prozent definiert ist.

Bei insgesamt elf Frauen mussten die Ärzte aufgrund der molekulargenetischen Auswertungen eine fortgeschrittene Tumorbildung befürchten und zu dieser prophylaktischen Operation raten. Denn nur anhand einer Analyse des entfernten Gewebes ist der begründete Verdacht zweifelsfrei zu klären. Sylvia P. hatte bereits ihre Familienplanung abgeschlossen und die Einwilligung in den Eingriff gegeben – eine Entscheidung, die sie sicher vor einer schlimmen Leidenszeit, wenn nicht sogar vor einem frühen Tod bewahrt hat. Denn nach der Gewebentfernung stand die Diagnose Ovarialkarzinom im Frühstadium fest. Obwohl das Gesamtergebnis der Vereinbarung aktuell noch evaluiert wird, rechnet Prof. Dr. Norbert Arnold, Leiter des Onkologischen Labors der Kieler Universitäts-Frauenklinik, damit, dass durch diese besondere Früherkennung der Krebs durchschnittlich zehn Jahre früher entdeckt wird.

Zurzeit ringen die Kooperationspartner darum, diese lebensrettenden Strukturen zu erhalten. Mit Greifen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes werden nämlich auch die ethischen Spielräume für die Kostenträger geringer. Kleinstes Problem ist dabei die Umgehung des Reformparagraphen §116 b SGB V zur ambulanten Versorgung, der diesen Vertrag bislang sanktioniert hatte. Jetzt aber hat der Gesetzgeber hier spezielle Diagnosen und Behandlungsformen vorgegeben – und damit Früherkennungen sowie Risikofeststellungen ausgeschlossen. Eine „Krücke“ bauen die Vertragsspezialisten mit dem §140 a SGB V zur integrierten Versorgung: Durch die mögliche Interdisziplinarität zwischen Krankenhäusern und im Verbund mit niedergelassenen Ärzten lässt sich mit viel gutem Willen der geforderte sektorenübergreifende Versorgungsverbund attestieren.

Die Hoffnung allerdings, dass sich andere Kassenarten ebenfalls für einen Beitritt zur Vereinbarung entschließen – und damit zu gewährleisten, dass

alle Frauen aus Hochrisikofamilien an diesem strukturierten Programm teilnehmen können – schwindet in der gleichen Geschwindigkeit, wie der Gesundheitsfonds Realität wird. Hatte die weitgehend selbstbestimmte GKV-Systematik vor dem WSG den Kassen und ihren Verbänden auch ethische Spielräume für Orchideen der medizinischen Versorgung gelassen, sind solche extrabudgetäre Leistungen nun vom Aussterben bedroht. Denn mit Einführung der „kleinen Kopfprämie“ werden die Kostenträger jeglichen vermeidbaren Ausgabefaktor auf den Prüfstand stellen, um das Abwandern der Versicherten aufgrund eines Zusatzbeitrages zu

verhindern. Und hier geht es immerhin um die Vergütung, rund 3.000 Euro für die Beratungen pro Familie, inklusive Stammbaumerfassung, Genanalyse und Früherkennungsmaßnahmen – ohne präventive Operation. Erschwerend kommt übrigens noch die krude Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches hinzu, dessen Philosophie die Krankenkassen anfeuert, bestimmte Erkrankungen zu akquirieren – deren Heilung aber möglichst zu vermeiden, weil es sonst keinen finanziellen Ausgleich mehr gibt.

(*Name geändert)

Selbsthilfeförderung neu geregelt

Die Selbsthilfeförderung ist neu organisiert. Jetzt wirken die Selbsthilfegruppen, Landesorganisationen und Kontaktstellen bei der Vergabe der Fördermittel beratend mit. Die Krankenkassen unterstützen die Selbsthilfearbeit im Land in 2008 mit insgesamt rund 1,35 Millionen Euro – so viel wie nie zuvor. Die Förderanträge sind künftig bis spätestens 1. März eines Jahres bei der neuen „Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein“ (ARGE Selbsthilfeförderung S-H) einzureichen.

Auf ihrer konstituierenden Sitzung schufen die Mitglieder der ARGE Selbsthilfeförderung S-H die Grundlagen für eine neue Selbsthilfeförderung im Land und verabschiedeten eine entsprechende Kooperationsvereinbarung und Geschäftsordnung. Aufgrund von gesetzlichen Änderungen auf Bundesebene wurde die Selbsthilfeförderung auch in Schleswig-Holstein neu geregelt: Ab 1. Januar 2008 gibt es eine kassenartenübergreifende und eine krankenkassenindividuelle Förderung.

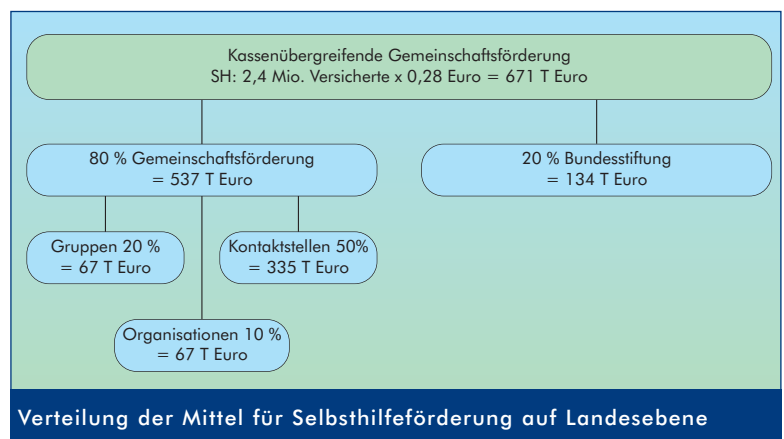
Bei der kassenartenübergreifenden Förderung unterstützt die ARGE Selbsthilfeförderung S-H die Selbsthilfegruppen, die Landesverbände und -organisationen sowie die Selbsthilfekontaktstellen mit pauschalen Beträgen. Dafür muss künftig nur noch ein Antrag je Organisation gestellt werden. Dabei geht es zum Beispiel um Zuschüsse für Fortbildungen, Schulungen oder regelmäßige Gruppen- und Verbandsmedien. Neu ist, dass die Selbsthilfe-Vertreter bei der Vergabe der Fördermittel künftig beratend mitwirken. Damit erfüllen die Krankenkassen in Schleswig-Holstein den Wunsch vieler Organisationen nach mehr Transparenz und Mitbe-

stimmung. Mit der neuen Regelung setzt die ARGE Selbsthilfeförderung S-H Anreize für eine engagierte, wirkungsvolle und qualitätsorientierte Selbsthilfearbeit auf allen Ebenen.

Neben der gemeinsamen Pauschalförderung gibt es auch die Möglichkeit der Projektförderung. Diese wird weiterhin von den Krankenkassen individuell geleistet. Anträge hierzu müssen deshalb direkt bei der jeweiligen Kasse gestellt werden. Unter Projektförderung ist die zeitlich begrenzte Förderung einzelner Vorhaben gemeint. Dazu gehören zum Beispiel Veranstaltungen, Seminare, Workshops.

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Anträge zum Herunterladen finden Sie unter: <http://www.vdak.de/LVen/SHS/Versicherte/Selbsthilfe/index.htm>



Klinik-Lotsen der Ersatzkassen Testsieger **www.klinik-lotse.de weiter verbessert**

Das Internetsuchportal der Ersatzkassen www.klinik-lotse.de ist nach zwei Jahren Testsieger der Stiftung Warentest. In mehr als einer Million Zugriffe pro Monat informieren sich Patienten und Ärzte über Leistungen und Qualität von knapp 2.000 Kliniken in Deutschland. Bettenzahl, Fallzahlen, Geräteausstattung, Spezialisierungen der Krankenhäuser, ambulante, stationäre und therapeutische Angebote, Komplikationsraten und Serviceangebote sind verzeichnet. Wer ein geeignetes Krankenhaus in seiner Umgebung sucht, wird fündig. Glossar, umfassende Such- und Hilfefunktionen und vergleichende Analysen zwischen den Krankenhäusern vereinfachen die Recherche. Nachgebessert worden ist bei der vergleichenden Analyse der Qualitätsberichte,

die die Krankenhäuser seit 2004 alle zwei Jahre erstellen müssen. Außerdem enthalten die neuen Qualitätsberichte nun auch mehr Informationen über weniger häufige Erkrankungen wie seltene Krebserkrankungen oder über Spezialisierungen bzw. Versorgungsschwerpunkte der Krankenhäuser wie etwa Wirbelsäulenchirurgie. Neu ist auch die verpflichtende Aufnahme von Ergebnissen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (BQS-Verfahren). Beispielsweise muss angegeben werden, wie hoch die Rate an postoperativen Wundinfektionen bei einer Hüftoperation war. Auch das Ergebnis von externen Begehungen und Prüfungen muss das Krankenhaus in den Qualitätsbericht aufnehmen.

BITTERE PILLEN: ROBIN HOOD IM PHARMA-FOREST



In diesen Tagen erscheint nach 25 Jahren die überarbeitete Neuauflage des Klassikers „Bittere Pillen“. Das unbestechliche Standardwerk bewertet in einer Auflage von 2,5 Millionen Exemplaren über 13.000 rezeptpflichtige und frei verkäufliche Medikamente, Naturheilmittel und Homöopathika.

Dieses Buch ist kein Buch gegen Medikamente. Im Gegenteil. Durch gezielte Beurteilung versteht es sich als Buch für den sinnvollen Gebrauch von Arzneimitteln – egal, ob es sich um konventionelle oder alternative handelt. Erfolglos versucht

die Pharmaindustrie, die Veröffentlichung von „Bittere Pillen“ zu verhindern.

Seit Erscheinen der Erstausgabe 1983 haben Verlag und Autoren rund 100 Klageandrohungen von Pharmakonzernen erhalten. Das Team von „Bittere Pillen“ lässt sich nicht einschüchtern und macht weiter.

Hans Weiss, Hans-Peter Martin, Kurt Langbein
Bittere Pillen – Nutzen und Risiken der Arzneimittel
Überarbeitete Neuauflage 2008-2010,
ISBN: 978-3-462-04004-3, 1.088 Seiten,
29,95 Euro

Träume am Meer – Der Maler Emil Nolde

Mit seinem Film „Träume am Meer“ erzählt der gebürtige Kieler Wilfried Hauke die zerrissene Lebensgeschichte des Malers Emil Nolde. Dem gebürtigen Kieler Filmemacher ist es gelungen, die Entstehung eines der wichtigen expressionistischen Oeuvres zu veranschaulichen – ohne in Effekthascherei zu verfallen. In aller Klarheit bringt Hauke seinen Zuschauern den hochsensiblen Nolde nahe, der nichts als Maler sein und nicht gefallen will. Allerdings spielt neben dem Maler, der nie gefallen wollte, die Landschaft der Nordseeküste eine zweite

Hauptrolle. Ihre bizarren Formen spiegeln die Dramatik von Leben und Werk des Künstlers.

DVD: Träume am Meer, 22,50 Euro, Stiftung Ada und Emil Nolde, 25927 Seebüll



Emil Nolde bei der Arbeit

KURZ GEMELDET**Sonderveröffentlichung: SHZ und Betrifft Brust**

Zurzeit arbeitet ein Redaktionsteam des Schleswig-Holsteinischen Zeitungsverlages (SHZ) mit den AG Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerkes „Betrifft Brust“ an einer Sonderveröffentlichung zum Thema „Brustkrebs“. Erscheinungstermin der voraussichtlich 16-seitigen Beilage ist für Ende Juni geplant.

Schleswig-Holsteiner sparen 11 Millionen an Zuzahlungen

Rd. 11,2 Millionen Euro haben die Versicherten in Schleswig-Holstein an Zuzahlungen für Arzneimittel einsparen können. Die Eigenbeteiligung sank von 67,9 Millionen Euro in 2006 auf 56,7 Millionen Euro um 16,5 Prozent. Dies ist das Ergebnis einer stringenten Rabattpolitik der gesetzlichen Krankenversicherung im Land. Derzeit sind etwa 13.000 Arzneien in der Internet-Datenbank verzeichnet:

www.vdak-aev.de/versicherte/Leistungen/Arzneimittel11184/index.htm

Basisdaten des Gesundheitswesens

Die Broschüre der Ersatzkassenverbände „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007“ ist in der 15. Auflage neu erschienen. In Tabellen und Diagrammen zeigt das Handbuch anschauliche Parameter des Gesundheitswesens. Eingefügt wurde jetzt das Kapitel „Bevölkerung und Demografie“. Die Ersatzkassenverbände stellen die Basisdaten des Gesundheitswesens in Tabellen und Diagrammen unter dieser Internetadresse zur Verfügung:

http://www.vdak.de/ueber_uns/Broschueren/basisdaten_broschuere/index.htm

Gemeinsames Forum der Ersatzkassenverbände und der Europa Union zur Kieler Woche

Am 26. Juni laden die Ersatzkassenverbände gemeinsam mit der Europa Union um 16 Uhr in den Sell-Speicher zu einer Fachveranstaltung zum Thema „Korruption auch im Gesundheitswesen?“. Deutschland hat nicht nur eines der besten, sondern auch eines der kompliziertesten Gesundheitswesen weltweit. Mit fortschreitender Unübersichtlichkeit von Marktstrukturen steigt allerdings auch das Risiko des Missbrauchs. Jährlich entgehen dem Gesundheitswesen in Deutschland mehrere Milliarden Euro an Versichertengeldern durch Korruption. In Europa versickern zwischen 30 und 100 Milliarden Euro im Sumpf der Kriminalität. Anstrengungen, die Kriminalität in den Griff zu bekommen sind durch Ständerecht und Datenschutz erheblich erschwert. Keiner will den „gläsernen Patienten“. Allerdings plädiert Thomas Ballast, Vorstandsvorsit-

zender des VdAK/AEV, für mehr Transparenz im Gesundheitswesen, damit die Finanzwege deutlich nachvollziehbar werden. Günter Danner von der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel, wird die positive Wirkung der Selbstverwaltung auf die deutschen Krankenversicherungen im Vergleich mit europäischen Systemen darstellen und internationale Varianten des Themas „Korruption“ flankierend beleuchten.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Schleswig-Holstein des VdAK/AEV
Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel

Telefon: 04 31 / 9 74 41-16 · Telefax: 04 31 / 9 74 41-23

E-Mail: LV_Schleswig-Holstein@vdak-aev.de

Verantwortlich: Dietmar Katzer · Redaktion: Oliver Grieve