

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE MULTIRESISTENTE ERREGER Interview mit einem Krankenhaus-Hygieniker | BLICK AUF BRÜSSEL vdek-Neujahrsgespräch zu Gesundheitspolitik in Europa | STATIONÄRE HOSPIZE Schwierige Verhandlungen

SCHLESWIG-HOLSTEIN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2015

GEBURTSHILFE

Bilanz und Ausblick



FOTO: vdek

DR. HORST OSTERTAG, Chefarzt der DIAKO-Frauenklinik (2. v. r.) mit Besuchern im Kreißsaal

Ein Jahr nach dem Start des Boarding-Angebots in der DIAKO in Flensburg haben der vdek und die Klinik eine positive Zwischenbilanz gezogen: Das Konzept wird gut angenommen. In den zwölf Monaten nach der Schließung der Geburtshilfe in Westerland haben 41 Sylter Frauen in Flensburg entbunden. Das sind etwa 30 mehr als in den Vorjahren. 24 nutzten das Boarding-Angebot und verbrachten zwischen einem und 19 Tagen im Gästehaus der DIAKO.

Das Thema „Geburtshilfe“ ist nicht nur in Flensburg und auf Sylt aktuell, sondern landesweit. Voraussichtlich im Mai wird das Sozialministerium sein Geburtshilfekzept veröffentlichen. Der vdek erwartet klare Aussagen, wie sich das Land die Versorgung in Zukunft vorstellt: Welche Geburtskliniken für die Versorgung notwendig sind und welche Entfernungen keine Verschlechterung der Qualität bedeuten.

VERSORGUNG

Krebsregister: Welche Therapie ist am erfolgreichsten?

Jedes Jahr erhalten mehr als 20.000 Menschen in Schleswig-Holstein eine Krebsdiagnose. Krebs ist nach Herz-/Kreislaufkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Nun soll ein klinisches Krebsregister entstehen, das Erkenntnisse darüber geben soll, welche Krebsart wo und mit welcher Methode am erfolgreichsten behandelt wird.

In Schleswig-Holstein existiert bereits seit 1998 ein epidemiologisches Krebsregister, in dem die Häufigkeit und die Verteilung der verschiedenen Krebserkrankungen nach Regionen, Alter, Geschlecht sowie die Überlebenszeit der Patienten erfasst und ausgewertet werden. Das klinische Krebsregister geht über diese bevölkerungsbezogene Analyse hinaus.

Dazu sollen in einem bundesweit einheitlichen Datensatz Angaben zum kompletten Krankheitsverlauf der anonymisierten Patienten vorliegen. Die entsprechenden Daten von der Erstdiagnose über Therapie und Nachsorge bis hin zur Heilung – oder zum Tod – werden von Ärzten aus den Praxen und Krankenhäusern gemeldet. Letztlich sollen aus dem Gesamtbild Schlüsse gezogen werden, welche Therapieart in welchen Fällen den größten Behandlungserfolg verspricht. Dadurch kann und soll das klinische Krebsregister dazu beitragen, die onkologische Versorgung zu verbessern!

2013 beschloss der Bundestag das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG). Danach müssen alle Bundesländer

bis 2017 landesweite klinische Krebsregister einrichten. Beim Aufbau der Register übernimmt die Deutsche Krebshilfe 90 Prozent der Investitionskosten, die übrigen zehn Prozent werden vom jeweiligen Bundesland gezahlt. Auch an den Betriebskosten beteiligt sich das Land mit zehn Prozent. Hier tragen die gesetzlichen Krankenkassen mit 90 Prozent den größten Teil in Form einer Pauschale von 119 Euro für jeden neu gemeldeten Fall. Dazu kommen noch 18 Euro als Vergütung für die meldende Stelle – den niedergelassenen Arzt bzw. das Krankenhaus – für die Erstmeldung sowie kleinere Beträge für die Folgemeldungen zum weiteren Krankheitsverlauf.

[Integriertes Register für Schleswig-Holstein](#)

In Schleswig-Holstein will die Landesregierung das klinische Krebsregister in diesem Jahr aufbauen, damit es 2016 sukzessive den Betrieb aufnehmen kann. Dabei will das Sozialministerium auf die Kompetenz und die Strukturen des bestehenden Registers aufbauen und in Schleswig-Holstein



KOMMENTAR

Viel Gutes – und doch noch ein Wunsch

FOTO vdek



von
ARMIN TANK
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Zuletzt musste sich die Landesregierung an dieser Stelle viel Kritik an einem ihrer Gesetzentwürfe anhören. Aber: „Wir können auch anders!“

Der Weg zum geplanten klinischen Krebsregister enthält viel Gutes:

- ein gutes Ziel, wenn die Arbeit am Ende zu einer Verbesserung von onkologischen Therapien führt
- eine gute Arbeit, denn das Ministerium hat sich erfolgreich bemüht, alle relevanten Akteure nicht nur in die Strukturen, sondern auch schon frühzeitig in den Prozess einzubinden
- einen guten Ansatz, denn die vorgeschlagene Struktur des integrierten Krebsregisters ist effizient, unabhängig – und schlank.

Eine schlanke Struktur – führt die auch zu einer schlanken Kostenstruktur? Die 119 Euro sind vom Bund als Höchstwert vorgesehen. Damit muss ein Register auch dort auskommen, wo man nicht auf vorhandene Strukturen zurückgreifen kann.

In Schleswig-Holstein baut das Land auf das vorhandene epidemiologische Krebsregister auf und nutzt Synergien. Könnte es da nicht auch Synergien bei den Kosten geben? Die Voraussetzungen sind da – aber vielleicht ist es auch nur ein frommer Wunsch, dass eine Institution einmal sagt: „Es ist schön, wenn ihr Kassen so viel zahlt – aber wir kommen auch mit weniger aus!“ Da lasse ich mich gern mal überraschen. Könnt auch Ihr anders?



ein integriertes klinisch-epidemiologisches Krebsregister einrichten, das in der Trägerschaft des Landes liegt.

Die Ersatzkassen im Norden begrüßen diesen Ansatz grundsätzlich, weil er Doppelstrukturen vermeidet und einen unnötigen zusätzlichen Bürokratieaufwand bei der Erfassung verhindert. Die schleswig-holsteinische Ärzteschaft hätte mit dem Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein gGmbH (IÄQSH) gern eine größere Rolle in der Organisation des klinischen Krebsregisters übernommen. Stattdessen hat sich das Land für eine Struktur mit einer unabhängigen Koordinierungs- und Leitungsstelle beim Sozialministerium entschieden.

Transparent und unabhängig

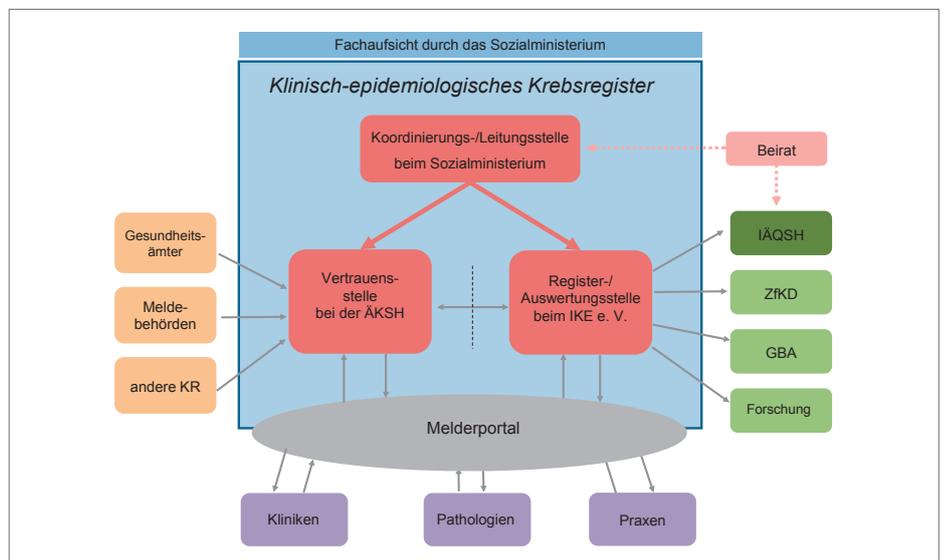
Diese Unabhängigkeit ist für die Ersatzkassen von zentraler Bedeutung, und sie wird auch vom GKV-Spitzenverband in seinen Förderkriterien ausdrücklich festgeschrieben. Wenn diese Kriterien nicht erfüllt werden, ist eine Finanzierung der Betriebskosten durch die oben erwähnte Pauschale nicht möglich. Das betrifft auch die klare und nachvollziehbare Trennung zwischen den beiden Register-Teilen – epidemiologisch und klinisch – sowohl bei den Aufgaben als auch bei den Kosten. Bei einer unsachgemäßen bzw. zweckentfremdeten Verwendung der Mittel entfällt

die Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

In der Struktur des klinischen Krebsregisters ist außerdem ein Beirat vorgesehen, in dem neben dem Land, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH) sowie der Krankenhausgesellschaft (KGS) auch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände vertreten sein sollen.

Zu den Aufgaben des Krebsregisters gehört auch die Initiierung bzw. Durchführung von Qualitätszirkeln und Landeskongressen auf Basis der ausgewerteten Daten. Auch hier sind Transparenz und Unabhängigkeit notwendig, wenn es darum geht, die Behandlungserfolge konkreter Einrichtungen und Therapien zu bewerten und mögliche Verbesserungen abzuleiten. Nach Auffassung des vdek ist das beim IÄQSH, das von Ärztekammer KVSH und KGS getragen wird, nicht ausreichend gegeben.

Der Gesetzentwurf ist nach einer ersten Verbändeanhörung, in der die vdek-Landesvertretung wichtige Punkte einbringen konnte, derzeit noch in der Kabinettsbegründung. Er soll aber noch vor der Sommerpause in den Landtag eingebracht werden. Der Entwurf sieht übrigens eine Meldepflicht mit Strafbewehrung vor. Das ist aus Sicht des vdek richtig und wichtig: Nur wenn alle neuen Krebserkrankungen erfasst werden, ergibt ein solches Register überhaupt Sinn. ■



DIE STRUKTUR des geplanten integrierten klinisch-epidemiologischen Krebsregisters

GRAFIK MSGWG

Blick auf Europa

Die Bedeutung Europas in der Gesundheitspolitik wird bislang kaum wahrgenommen. Die meisten Menschen denken dabei höchstens an die EU-Richtlinie zur Patientenmobilität oder Projekte zur grenzüberschreitenden Versorgung. Es gibt aber viel mehr.

Schleswig-Holstein hat vor allem Berührungspunkte mit Dänemark. Bekannte Leuchtturmprojekte sind der Rettungshubschrauber Christoph Europa 5, der von Niebüll aus grenzüberschreitend im Einsatz ist, und die Krebsbehandlung dänischer Patienten in Flensburg.

Was die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe mit der Region Syddanmark zum Thema Gesundheit angeht, ist der Leiter der vdek-Landesvertretung, Armin Tank, ernüchtert. „Bislang ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nur eine Einbahnstraße. Nur dänische Patienten nehmen den Weg über die Grenze auf sich und kommen zur Behandlung nach Deutschland.“

Staatssekretärin Anette Langner aus dem Sozialministerium bewertet das bisher Erreichte positiver und betont zudem die Perspektiven der Kooperation. So soll eine „Grenzkarte“ eingeführt werden, mit der ambulant erbrachte Leistungen auf beiden Seiten der Grenze unbürokratisch abgerechnet werden können, ohne dass die Versicherten in Vorleistung treten müssen.

Direkter und indirekter Einfluss der EU

Vor allem nach Brüssel und Straßburg blickt Christian Zahn, der vdek-Verbandsvorsitzende und Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM), der Europäischen Dachorganisation der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und der Krankenversicherungen in Europa und der Welt. Er hat eine Veränderung in der Arbeit der EU-Organe bemerkt. Früher gab es überwiegend Richtlinien, die dem nationalen Gesetzgeber einen Ausgestaltungsspielraum überließen. Inzwischen werden viel mehr Verordnungen erlassen, die unmittelbar geltendes Recht sind.

Auch der Euro-Stabilitätspakt mit seinen Obergrenzen für Defizite und Gesamtschulden zeige, wie Europa die Handlungsoptionen der Mitgliedsstaaten einschränkt, ihr Gesundheitssystem selbst auszugestalten. Hier werden nämlich die Schulden der Sozialversicherungen den öffentlichen Haushalten zugerechnet. „Damit ist die Sozialversicherung im Fiskalgriff der EU“, meint Christian Zahn.



DIE REDNER BEIM NEUJAHRSGESPRÄCH 2015: Armin Tank, Leiter der vdek-Landesvertretung, Anette Langner, Staatssekretärin im Sozialministerium, und Christian Zahn, Verbandsvorsitzender des vdek und Präsident der AIM (v.l.n.r.)

Freihandelsabkommen TTIP und CETA

Sorgen bereiten dem Präsidenten der AIM die möglichen Auswirkungen der geplanten Freihandelsabkommen der EU mit den USA und Kanada, TTIP bzw. CETA, denn das deutsche Selbstverwaltungsmodell der Sozialsysteme ist ein Kooperations- und kein Wettbewerbsmodell:

„Es besteht die Gefahr, dass amerikanische Pharmafirmen oder international tätige Krankenhauskonzerne bestehende deutsche Gesetze mit Verweis auf TTIP aushebeln können.“ Deshalb will die AIM u. a. erreichen, dass Krankenversicherungsleistungen vom Geltungsbereich des Freihandelsabkommens ausgenommen werden.

Genau das ist zu beachten: Nach der Logik des Abkommens wird nicht mehr das benannt, was geregelt werden soll, sondern die Regeln gelten grundsätzlich für alles – und die Ausnahmen müssen explizit benannt werden. Hier ist aus Sicht des AIM-Präsidenten noch viel Aufklärung und Lobbyarbeit nötig, damit man nicht hinterher vor vollendeten Tatsachen steht. ■



DIE EUROPÄISCHE DIMENSION IM GESUNDHEITSWESEN war für viele Gäste neu, interessant – und ließ so manchen nachdenklich zurück.

„Die wichtigste Maßnahme ist die Händedesinfektion“

Der Ausbruch multiresistenter Erreger (MRE) am UKSH in Kiel Ende 2014 hat viele Menschen verunsichert. Dr. Michael Siemann, Leiter der Stabsstelle Hygienemanagement am Städtischen Krankenhaus Kiel (SKK), beschreibt, was sein Haus aus einem ähnlichen Fall gelernt hat.

vdek Wie stellt sich die Situation mit MRE aus Ihrer Sicht derzeit dar?

Dr. Michael Siemann In der öffentlichen Diskussion hatte man in den vergangenen zehn Jahren sehr oft den Eindruck, dass es nur den Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) gibt. Inzwischen sind auch die multiresistenten gramnegativen Keime (MRGN) und die Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) stärker in den Fokus gerückt. Während beim MRSA erstmals Rückgänge in der Inzidenz verzeichnet werden, sind die übrigen multiresistenten Keime weiter auf dem Vormarsch. Dabei gibt es ein doppeltes Dilemma: Zum einen haben wir keine neuen Antibiotika zur Verfügung – und wir werden auf mittlere Sicht auch keine neuen Antibiotikaklassen bekommen! Zum anderen wird in den meisten Kliniken noch gar nicht auf solche Keime gescreent. Das wahre Ausmaß der Verbreitung ist noch gar nicht bekannt!

vdek Wie begegnet das Städtische Krankenhaus Kiel dem Problem MRE?

MS Der letzte Ausbruch mit MRE im SKK hat 2004 unsere internistische Intensivstation getroffen und über Wochen beschäftigt. Unmittelbar danach haben wir ein Screening etabliert, das MRSA und MRGN erfasst. Sehr schnell zeigte sich, dass wir zwar gut 90 Prozent aller Fälle mit multiresistenten Keimen erfassen, dass aber wesentlich mehr nötig ist als die Diagnostik, weil eine große Klinik keine Insel ist. 2007 haben wir mit dem Amt für Gesundheit die „Kieler Arbeitsgemeinschaft MRE“ gegründet, um mit den anderen Kliniken, dem Rettungsdienst, den niedergelassenen Ärzten

und Pflegeheimen eine gemeinsame Politik gegen MRE in Kiel zu etablieren.

vdek Was bedeutet das in der Praxis?

MS Wir haben einheitliche Standards eingeführt und Fortbildungsveranstaltungen – auch für Mitarbeiter von Pflegeheimen oder für niedergelassene Ärzte – durchgeführt. Ein weiteres Ergebnis sind reibungslosere Verlegungen von Fällen, die mit MRE besiedelt sind.

vdek Was hat das Screening in Ihrem Haus bewirkt?

MS Unser risikoadaptiertes Screening zeigte sehr schnell positive Effekte sowohl in medizinischer Hinsicht – wir hatten seitdem keine Ausbrüche und weniger schwere Infektionen mit MRE – als auch ökonomisch. Die mittlere Verweildauer von MRSA-Fällen ging von 32 auf 15 Tage zurück, so dass die erheblichen Ausgaben für das Screening teilweise kompensiert werden konnten. Nach dem MRGN-Ausbruch in einer neonatologischen Klinik in Bremen haben wir unser Screening auf junge Mütter mit Risikoschwangerschaften ausgedehnt, noch bevor die KRINKO, die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, die NeOPÄD-Leitlinie veröffentlicht hatte.

vdek Ist das Screening also der Schlüssel?

MS Auch das beste Screening allein bleibt unwirksam, wenn die Basishygiene nicht ausreicht. Deshalb beteiligen wir uns am „Hand-KISS“-Programm des Robert Koch-Instituts, um die Händedesinfektion als wichtigste Maßnahme gegen die



FOTO SKK

OBERARZT DR. MICHAEL SIEMANN

Verbreitung von MRE im Krankenhaus zu verbessern. Zwischen 2008 und 2014 hat sich die Zahl der Händedesinfektionen im SKK nahezu verdoppelt: von 6,7 auf 12,0 pro Fall und Tag! Das haben wir durch unzählige Schulungen erreicht – und auch durch Anregungen des Stationspersonals, wo zusätzliche Desinfektionsmittelspenden angebracht werden sollten.

vdek Wenn Sie über Ihr Haus hinausblicken: Was müsste getan werden, um flächendeckend noch bessere Erfolge zu erzielen?

MS Ein zentrales Problem ist der Umgang mit Antibiotika in Industrieländern. Zum einen werden im niedergelassenen Bereich immer noch viel zu oft gegen einfache virale Infektionen Antibiotika verordnet, die hier unwirksam sind. Zum anderen werden fast 80 Prozent der produzierten Antibiotika in der Tierzucht eingesetzt. Dadurch haben wir zunehmend Patienten mit Infektionen, die durch Livestock-MRSA hervorgerufen werden. Diese MRSA-Stämme können nur erfolgreich bekämpft werden, wenn die Politik hier klarere Regeln aufstellt und den Missbrauch eindämmt.

Auch in der Medizin gibt es Nachholbedarf: Im Gegensatz zu MRSA und MRGN hat die KRINKO noch keine Leitlinie für den Umgang mit VRE aufgestellt, obwohl diese Erreger insbesondere in der Onkologie und Intensivmedizin eine echte Bedrohung darstellen. ■

KRANKENHAUS

Kampf gegen Keime

Nach offiziellen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums infizieren sich jedes Jahr etwa 400.000 Menschen im Krankenhaus mit Keimen. Bis zu 15.000 von ihnen sterben. Die meisten dieser Keime sind normalerweise harmlos, können aber für Patienten mit einem geschwächten Immunsystem gefährlich werden. In neun von zehn Fällen helfen Antibiotika. Problematisch sind vor allem die übrigen Fälle, in denen die Erreger Resistenzen entwickelt haben. Die Bundesregierung hat 2013 ein Förderprogramm zur Verbesserung der Krankenhaushygiene beschlossen. Dazu stellen die Kostenträger bis 2016 bundesweit 365 Millionen Euro zur Verfügung. Damit werden Ausgaben für neue Hygienefachkräfte und Hygiene-Fachärzte bis zu 90 Prozent bezuschusst. Außerdem werden entsprechende Fortbildungen und externe Beratungsleistungen gefördert – letztere sogar bis 2020. Schleswig-holsteinische Krankenhäuser haben bislang gut 1,8 Millionen Euro aus diesem Programm erhalten, davon allein das UKSH 600.000. Im Städtischen Krankenhaus Kiel (SKK) gibt es bereits ein risikoadaptiertes Screening auf MRSA und MRGN. Gemäß der Leitlinie der KRINKO werden nicht alle Patienten untersucht, sondern nur bestimmte Risikogruppen. Dazu gehören Patienten aus Pflegeheimen mit Wunden, Dauerkathetern oder Magensonden ebenso wie Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt im Mittelmeerraum sowie Personen, die beruflich mit Tierzucht zu tun haben. Im SKK betrifft das zehn bis 15 Prozent aller Aufnahmen. Ende März kündigte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe einen Zehn-Punkte-Plan im Kampf gegen Krankenhauskeime an. Dazu gehören eine verschärfte Meldepflicht, ein verpflichtendes Screening von Risikopatienten sowie obligatorische Tests vor geplanten Eingriffen.

HOSPIZE

Schwierige Verhandlungen in einem sensiblen Umfeld

Hospize leisten wichtige Arbeit für schwerstkranke Menschen auf dem letzten Stück ihres Lebensweges. Die Leistungen sollen auch entsprechend vergütet werden – aber dieses Mal gestalten sich die Verhandlungen schwierig.

Der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein (HPVSH) will erstmals für alle stationären Hospize einheitliche Parameter (für Personalschlüssel, Sachkosten usw.) vereinbaren. Der HPVSH fordert u.a. eine pflegestufenunabhängige Vergütung. Schleswig-Holstein ist das einzige Bundesland, in dem es gestaffelte Tagesätze gibt. Dieser Systemwechsel ist aus Sicht der Ersatzkassen unproblematisch.

In Schleswig-Holstein gibt es sechs Einrichtungen, die unter ganz unterschiedlichen Rahmenbedingungen arbeiten. Bislang hatte jedes der Häuser, die zwischen sieben und 16 Plätze bieten, einzeln über die Vergütung verhandelt. Das taten die Hospize auch nicht jedes Jahr, sondern in den vergangenen zehn Jahren zum Teil nur zwei oder drei Mal.

Die Krankenkassen sind davon ausgegangen, dass die Hospize mit der vereinbarten Vergütung auskommen, wenn sie so selten Anpassungen einfordern. Deshalb überrascht die Forderung des Landesverbandes, die für einzelne Einrichtungen ein Plus von bis zu 40 Prozent bedeuten würde. Hier soll offenbar ein erheblicher Nachholeffekt erzielt werden. Dazu passt auch, dass einige Hospize sich medienwirksam darüber beklagen, dass sie mehr als 20 Prozent ihrer Ausgaben über Spenden finanzieren müssten.

Nach § 39a SGB V müssen die Krankenkassen 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten zahlen. Der Bundesgesetzgeber sieht ganz bewusst keine hundertprozentige Kostenübernahme vor, weil es sonst mehr Anreize für rein marktorientierte

Akteure gebe, Hospizleistungen anzubieten. Die Hospizbewegung hingegen ist „eine Bewegung, die aus der Mitte der Gesellschaft entstanden ist und die im Wesentlichen von bürgerschaftlichem Engagement getragen wird“, wie es im Arbeitspapier der Landesregierung über die Rahmenbedingungen der stationären Hospizversorgung in Schleswig-Holstein aus dem Jahr 2007 heißt. Dort steht auch, dass ein bedeutender Anteil der Kosten durch Eigenleistung des Versicherten, Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen sei.

In den Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern werden die nachvollziehbaren Personal-, Verwaltungs-, Betriebs- und Investitionskosten der Hospize berücksichtigt. Davon zahlen die Krankenkassen 90 Prozent. Die Kalkulation der Tagesätze geht von 80 Prozent Auslastung aus. Tatsächlich haben fünf der sechs Hospize eine deutlich höhere Auslastung.

In den Verhandlungen mit dem HPVSH leiten die Krankenkassen ihre Position in zentralen Punkten aus einem Papier der Diözese Münster ab, die Träger mehrerer Hospize ist. Dort hat man auf Grundlage mehrerer Schiedsstellen-Entscheidungen Vorschläge erarbeitet, wie verschiedene Berechnungsparameter in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden können. Schiedsperson in diesen Verfahren war übrigens der Direktor des Sozialgerichts Lübeck, Heinz-Dieter Klingauf. Aber nicht nur deswegen lassen sich viele dieser Vorschläge nach Einschätzung des vdek auch in Schleswig-Holstein umsetzen. ■

Schiedsamsentscheidung: In die Zukunft gerichtet!

Nachdem die Honorarverhandlungen zwischen den Ersatzkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KZV-SH) für 2014 gescheitert waren, tagte am 8.1.2015 das Schiedsamt. Die KZV setzte zunächst auf die Umstellung des bislang vereinbarten Kopfpauschalensystems hin zu einer Einzelleistungsvergütung. Dies war jedoch nicht umsetzbar, weil die KZV nicht bereit war, die für die Bewertung notwendigen Leistungsdaten zu liefern. Da auch das Schiedsamt die Datenlieferung nicht erzwingen kann, stellte es fest, dass eine Einzelleistungsvergütung derzeit unmöglich ist. Aus diesem Grund hatten auch die Ersatzkassen eine Fortführung des bisherigen Systems favorisiert.

Uneinigkeit herrschte ebenfalls darüber, wie diese Kopfpauschale berechnet werden soll. Während die KZV die Vergütung allein einnahmeorientiert bestimmen wollte, forderten die Ersatzkassen eine leistungsbezogene Veränderung der Vergütung. Das Schiedsamt entschied sich für den Leistungsbezug. Der vdek konnte überzeugend darlegen, dass die Pauschale in einem Kopfpauschalensystem auf die Köpfe verteilt werden muss, die die Leistungen in Anspruch nehmen. Das sind nicht nur die Mitglieder, sondern alle Versicherte. Auf dieser Basis setzte das Schiedsamt eine Anpassung der Vergütung für 2014 um 2,81 Prozent fest. Insoweit folgte das Schiedsamt der bereits in den Vorjahren vereinbarten Vergütungssystematik. Dass die KZV mit dem Ergebnis offen haderte, mag vor dem Hintergrund ihrer Erwartung verständlich sein. Gleichwohl sehen sich die Ersatzkassen in ihrer Gemeinschaft weiterhin als verlässlicher Partner der Zahnärzteschaft.

„Der Zeitfaktor spielt hier bei uns keine Rolle“

vdek Herr Carstensen, Sie sind jetzt gut 100 Tage im Amt. Der Patientenombudsverein hat in dieser Zeit schon seinen Info-Flyer überarbeitet und optisch aufgefrischt. Wo wollen Sie noch frischen Wind reinbringen?

Peter Harry Carstensen Der Verein ist mit seinen derzeit 68 Mitgliedern schon sehr breit aufgestellt. Wesentliche Kräfte im gesundheitlichen Bereich haben sich bereit erklärt, an der Idee des Patientenombudsmannes mitzuwirken.

Meiner Ansicht nach ist die Idee des Ombudsvereins, „neutral, unabhängig und kostenfrei“ bei Problemen im Gesundheitsbereich zu helfen, so grundsätzlich, dass ich keine Bedenken hätte, wenn diese Idee auch durch Einrichtungen, die dem Gesundheitsbereich nicht unmittelbar angehören, durch eine Mitgliedschaft im Verein gefördert wird. Dies gilt bereits für einige unserer Mitglieder, ich möchte dies jedoch durch meine Aktivitäten weiter ausbauen.

Ich werde mich daher bemühen, weitere Einrichtungen z. B. auch aus dem gewerblichen Bereich für unsere Arbeit zu interessieren und möglichst für eine Mitgliedschaft zu gewinnen.

vdek Als der Patientenombudsverein 1996 seine Arbeit aufnahm, schuf er ein ganz neues Angebot. Inzwischen gibt es zahlreiche andere Beratungsangebote für Patienten. Wo sehen Sie die Stärken Ihres Vereins in diesem veränderten Umfeld?

PHC Ein solches Angebot ist im Bundesgebiet einmalig. Es hebt sich von demjenigen vieler anderer Anbieter ab, da unsere ehrenamtlich tätigen Ombudsleute im einzelnen Fall – je nach Bedarf – intensiv tätig werden. Und sie sind absolut unabhängig in ihrer Arbeit.

DR. H.C. PETER HARRY CARSTENSEN
Ministerpräsident a. D.,
ist Vorsitzender des
Vereins Patientenombudsmann/-frau
Schleswig-Holstein e. V.



FOTO vdek

Ihr Tun erstreckt sich z. B. auf das Führen vermittelnder Telefonate, Schreiben, Hausbesuche, Teilnahme an Schlichtungsgesprächen etc. Der Zeitfaktor spielt hier bei uns – anders als in den meisten Beratungseinrichtungen – keine Rolle.

vdek Das Gesundheitswesen ist „ein weites Feld“ – und in seinen Strukturen komplex. Wo sehen Sie selbst – aus ihrer eigenen Erfahrung als Patient – die größten Ärgernisse oder Fallstricke?

PHC Sie haben mich auf meine eigenen Erfahrungen als Patient angesprochen. Hierzu kann ich grundsätzlich nur sagen, dass diese fast ausschließlich positiv sind.

Ich höre in meinem Umfeld jedoch auch kritische Anmerkungen. Hier möchte ich insbesondere den Umfang der sogenannten IgeL-Leistungen benennen. In einem früheren Tätigkeitsbericht hat der Ombudsverein auf Probleme im Zusammenhang mit individuellen Gesundheitsleistungen hingewiesen. Hier – glaube ich – ist einerseits viel Licht aber auch Schatten. Ich denke, dass die individuellen Gesundheitsleistungen, die durchaus ihre Berechtigung haben, den Patienten transparent vorgestellt werden sollen. Um es medizinischer zu formulieren: Die Aufklärung des Patienten muss umfassend sein und sollte sowohl den medizinischen als auch den wirtschaftlichen Aspekt berücksichtigen.

Wirbel um Kinderrheumatologie

Ein kleines medizinisches Spezialgebiet sorgt für Aufregung in der schleswig-holsteinischen Gesundheitslandschaft: die Kinderrheumatologie. Im November 2013 übernahm Dr. Nikolay Tzaribachev, ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologe, in Bad Bramstedt einen halben Arztsitz als Pädiater. Er bot aber nicht das normale Leistungsspektrum einer Kinderarztpraxis an, sondern konzentrierte sich auf die Behandlung der juvenilen Idiopathischen Arthritis, des „Kinderrheumas“. Genau das hatte er zuvor am Klinikum Bad Bramstedt getan. Auch die meisten seiner etwa 1.000 Patienten, die nicht nur aus Schleswig-Holstein stammen, kannte er bereits aus der Klinik – die dieses Behandlungsangebot nun nicht mehr vorhält.

Medienwirksam wandte sich Dr. Tzaribachev Ende Juli 2014 an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Es drohte die Schließung der Praxis aus wirtschaftlichen Gründen, weil sein Therapiekonzept im vertragsärztlichen Vergütungssystem nicht ausreichend abgebildet wäre. Dabei hatte die KVSH Dr. Tzaribachev vor dessen Entscheidung für die Niederlassung genau darauf hingewiesen: Als Kinder- und Jugendmediziner kann er rheumatologische Leistungen aus anderen Facharzt-disziplinen wie Orthopädie und Innerer Medizin nicht abrechnen. Wohl auch deshalb gibt es bundesweit keine vergleichbare Praxis. Die KVSH gestand Dr. Tzaribachev übergangsweise Sonderregelungen für die Abrechnung zu. Parallel dazu vereinbarte die vdek-Landesvertretung mit dem Arzt einen Fünf-Punkte-Plan, um beurteilen zu können, ob und wie dieses Praxismodell rechtssicher und tragfähig funktionieren kann.

Dieses Verfahren wird von den Krankenkassen und der KVSH ergebnisoffen geführt. Am Ende kann der Erhalt der Praxis, eine Umstellung des Praxismodells – aber auch der Wegfall der Praxis stehen, wenn es gesicherte Behandlungsalternativen für die Patienten gibt. In Schleswig-Holstein existieren derzeit ambulante Angebote am UKSH in Kiel und Lübeck sowie am Westküstenklinikum in Heide. Dazu kommen in Hamburg das Universitätsklinikum Eppendorf und ein niedergelassener Arzt.

In den Medien und durch Online-Petitionen, die Eltern betroffener Kinder initiiert hatten, wurde das Thema immer wieder befeuert, so dass Politiker auf Landes- und Bundesebene bei der vdek-Landesvertretung und der KVSH anfragten und sich auch der Sozialausschuss des Landtags mit dem Fall befasste.

Die Analyse der Praxis durch den MDK Nord im Rahmen des Fünf-Punkte-Plans ist komplex. Erste Teilergebnisse geben Hinweise darauf, dass dieses Praxiskonzept im niedergelassenen Bereich keine Zukunft hat. Die abschließende Bewertung liegt aber noch nicht vor. Solange müssen die Sonderregelungen der KVSH weiter gelten.

Einigung über Krankenfahrten mit dem Taxi

Die Krankenfahrten für gesetzlich Versicherte in Schleswig-Holstein sind auch nach dem 1. April 2015 sichergestellt. Die Krankenkassen/-verbände und der Landesverband für das Taxi- und Mietwagengewerbe haben eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen. Wegen der gesetzlichen Regelungen zum Mindestlohn erhöhen sich die Preise um mehr als 20 Prozent.

Keine Einigung über Landesbasisfallwert 2015

Die Verhandlungen der Krankenkassen/-verbände mit der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein sind Ende Januar gescheitert. Angebot und Forderung lagen am Ende um 5,42 Euro oder 0,17 Prozent auseinander. Nun muss die Schiedsstelle entscheiden. Die Verhandlung ist im Mai geplant.

Wegbereiter für vereinfachte Pflege-Dokumentation

Der Landespflegeausschuss hat ein Kooperationsgremium zur Einführung der vereinfachten Pflege-Dokumentation eingesetzt. Es soll die bundesweite Strategie in Schleswig-Holstein umsetzen und die vorgeschlagenen Neuerungen in die Pflegeheime und in die ambulanten Pflegedienste tragen. Vorsitzender des Gremiums ist Sven Peetz, Referatsleiter Pflege in der vdek-Landesvertretung.

Fakten zur Versorgung in Schleswig-Holstein

Die vdek-Landesvertretung hat ihr Faktenpapier zur medizinischen und pflegerischen Versorgung grundlegend überarbeitet und neu aufgelegt. Mehr als 30 Karten und Grafiken beleuchten die wichtigsten Aspekte des Gesundheitswesens im Norden. Sie können die Broschüre im DIN A5-Format bei der Landesvertretung bestellen – oder von der Homepage herunterladen.

Mindestmenge für Knie-TEP

Seit 1. Januar 2015 gilt wieder die Mindestmenge von 50 Operationen pro Jahr und Betriebsstätte für Kniegelenks-Totalendoprothesen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss als Konsequenz aus Entscheidungen des Bundessozialgerichts beschlossen. Eine solche Regelung gab es schon einmal von 2006 bis 2011. Der vdek geht davon aus, dass das Landesgesundheitsministerium im Interesse der Versicherten keine Ausnahmen von dieser Regelung mehr genehmigen wird.

BÜCHER

Mitarbeitergesundheit als Chefsache

Für Führungskräfte, Personalverantwortliche und Entscheider in kleinen und mittelständischen Unternehmen ist es unerlässlich, sich mit der betrieblichen Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen. 24 Experten mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten präsentieren die Vielfalt der Handlungsfelder, in denen sich betriebliche Gesundheitsförderung gestalten lässt. Ihre Beiträge bieten Anregungen und praxisorientierte Unterstützung. Best-Practice-Beispiele aus vier Unternehmen veranschaulichen, worauf es ankommt.



Simon Hahnzog (Hg.)
Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Praxishandbuch für den Mittelstand
2014, 341 Seiten, € 44,99
Springer Gabler, Springer
Fachmedien, Wiesbaden

Von anderen lernen

Ein Blick ins Ausland kann bei der Bewertung des eigenen Gesundheitssystems helfen. Wie organisieren andere Länder die Versorgung? Welche Leistungen werden dort angeboten – oder auch nicht? Welche Reformen hat man dort angeschoben? Das Buch bietet einen Überblick über die Gesundheitssysteme in 31 Mitgliedsstaaten der EU bzw. der OECD. Verglichen werden u. a. Gesundheitsausgaben und Finanzierung, Versorgungsstrukturen sowie Daten zur Effizienz, Qualität und Nutzerorientierung der Gesundheitssysteme. Ein weiteres Kapitel erklärt die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene.



Martin Schölkopf,
Holger Pressel
Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
2014, 290 Seiten, € 69,95
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft, Berlin

GESETZGEBUNG

vdek fordert: Nachbessern bei der Prävention!

Es ist schon der vierte Anlauf für ein Präventionsgesetz – und dieses Mal sieht es so aus, als würde die Politik das Verfahren auch zum Abschluss bringen.

Der vdek begrüßt das Anliegen prinzipiell und sieht im vorliegenden Entwurf auch Erfolg versprechende Maßnahmen, um die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu verbessern. Gerade mit zusätzlichem Geld für Präventionsprojekten in Schulen, Kindergärten und Pflegeeinrichtungen können künftig verstärkt auch jene erreicht werden, die die Angebote bislang nicht wahrgenommen haben.

Bei der konkreten Ausgestaltung sehen die Ersatzkassen allerdings noch Korrekturbedarf. Der wichtigste Kritikpunkt betrifft die Finanzierung und die künftige Aufgabenstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Bundesregierung plant, dass die gesetzlichen Krankenkassen mindestens 0,50 Euro je Versicherten an die BZgA zahlen müssen. Dadurch würde eine nachgeordnete Behörde des Bundesgesundheitsministeriums aus Beitragsmitteln der GKV subventioniert. Allein in Schleswig-Holstein beläuft sich dieser Betrag auf gut 1,2 Millionen Euro pro Jahr. Außerdem kritisiert der vdek die Pläne der Regierung, wonach die BZgA die Krankenkassen bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen unterstützen soll. So entstünden Parallelstrukturen in den Ländern. Die Mehrheit der Bundesländer teilt die Bedenken der Ersatzkassen. Eine entsprechende Stellungnahme hat der Bundesrat im Februar beschlossen.

PFLEGE

Schiedsstelle neu besetzt

In der Landesschiedsstelle nach dem Pflegeversicherungsgesetz hat es einen kompletten Austausch der Besetzung gegeben. Neuer Vorsitzender ist Prof. Dr. jur. Thomas Weiß, Fachanwalt für Arbeitsrecht aus Kiel. Er hat seit 2011 einen Lehrauftrag für Arbeits- und Sozialrecht an der Fachschule Kiel und ist u. a. Autor eines einschlägigen Lehrbuchs zum Recht in der Pflege.

Prof. Weiß übernimmt den Vorsitz von Prof. Günther Jansen, der damit ein weiteres bedeutendes Amt im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen abgegeben hat. Die vdek-Landesvertretung bedankt sich ganz herzlich bei Günther Jansen für dessen langjähriges ehrenamtliches Engagement in zahlreichen Funktionen auf Landesebene – und wünscht seinem Nachfolger alles Gute und viel Erfolg in seinem neuen Amt. Neue unparteiische Mitglieder der Landesschiedsstelle Pflege sind Roland Schlerff, der ehemalige kaufmännische Vorstand des Diakonischen Werks Schleswig-Holstein, und Rainer Faße, der vielen noch aus seiner Tätigkeit bei der AOK NordWest bekannt sein dürfte. Die Amtszeit der neuen Schiedsstellenbesetzung beträgt vier Jahre.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung
Schleswig-Holstein des vdek
Wall 55 (Sell-Speicher), 24103 Kiel
Telefon 04 31 / 9 74 41-0
Telefax 04 31 / 9 74 41-23
E-Mail LV-Schleswig-Holstein@vdek.com
Redaktion Florian Unger
Verantwortlich Armin Tank
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4053