

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KONZEPT KRANKENHAUSPLANUNG | NOTFALLSANITÄTERGESETZ | BMG IN DER LV | VERANSTALTUNG PRÄVENTION | HEINRICH BÖLL STIFTUNG | ZENTRALE PRÜFSTELLE PRÄVENTION

BADEN-WÜRTTEMBERG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2014

VDEK

vdek-Vorstandschefin trifft Gesundheitsministerin



TRAFEN IN STUTTGART ZUSAMMEN: Dr. Monika Vierheilig, Walter Scheller, Katrin Altpeter, Ulrike Elsner (von l. n. r.)

Im September trafen sich die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), Ulrike Elsner, Gesundheitsministerin Katrin Altpeter, Ministerialdirigentin Dr. Monika Vierheilig, Abteilungsleiterin Gesundheit und der Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Walter Scheller, zu einem gesundheitspolitischen Gedankenaustausch im Stuttgarter Sozialministerium.

Die Ersatzkassen BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse-KKH, HEK-Hanseatische Krankenkasse und Handelskrankenkasse (hkk) sind weiter im Aufwärtstrend. Der vdek ist die größte Krankenkassenart. „Für uns sind“, so die Vorstandschefin, „Serviceorientierung, Kundennähe und auf die Versicherten ausgerichtete Versorgungskonzepte das Erfolgsrezept.“

KRANKENHAUSPLANUNG

Versorgung braucht Qualität und mehr Planung

Die Qualität spielt in der Krankenhausplanung bisher nur eine untergeordnete Rolle. Zum einen gilt eher der Grundsatz „Wer will, der darf.“ und nicht etwa „Wer kann, der darf.“. Zum anderen fehlt es an einer in die Zukunft gerichteten Planung.

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung muss sicherstellen, dass flächendeckend ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Dabei hat eine hohe Behandlungsqualität grundsätzlich Vorrang gegenüber wohnortnahen Lösungen. Die daraus resultierende Spezialisierung dient auch dem Patientenschutz. Die Qualität der Behandlung sollte im Übrigen durch entsprechende Vergütungsanreize und durch die Möglichkeit zum Versorgungsausschluss gefördert werden. Ebenso ist eine insgesamt ausreichende Investitions- und Betriebskostenfinanzierung essentiell. Soweit die Konzentration der stationären Angebote zu einem Abbau von Krankenhausbetten führt, soll die dadurch frei werdende Infrastruktur insbesondere im ländlichen Raum zu sektorenübergreifenden Versorgungszentren weiterentwickelt werden. Bei der Neuordnung und der Durchführung der Krankenhausplanung sollte stärker auf das bei den Krankenkassen vorhandene Expertenwissen zurückgegriffen werden, so das Krankenkassenbündnis im Südwesten.

Die Qualität spielt in der Krankenhausplanung bisher nur eine untergeordnete

Rolle. Zum einen gilt eher der Grundsatz „Wer will, der darf.“ und nicht etwa „Wer kann, der darf.“. Zum anderen fehlt es an einer in die Zukunft gerichteten Planung, die auf Basis von Erreichbarkeits- sowie Qualitätsaspekten Patientenströme lenkt und Behandlungspfade definiert. Stattdessen wird gegenwärtig vor allem die in der Vergangenheit tatsächlich erfolgte Belegung von Betten krankenhauserisch nachvollzogen. Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung muss vor allem drei Aspekten Rechnung tragen. Erstens müssen ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Zweitens müssen die Behandlungsangebote gut erreichbar sein. Und drittens muss die Strukturqualität bei allen Planungsentscheidungen ein wesentliches Leitkriterium werden.

Behandlungskapazitäten

Notwendig ist ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, das entsprechend der Bevölkerungsdichte und des Behandlungsbedarfs ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellt. Hier sollte die Krankenhausplanung anstreben,



Endlich Struktur-reformen für Krankenhäuser!

FOTO: W&K



von
WALTER SCHELLER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Meines Erachtens sind jetzt strukturelle Reformen im Krankenhaus dringend geboten. Im Vergleich zu den Arzneimitteln war im Krankenhaus ein höherer Kosteneffekt der demografischen Entwicklung aufgrund des steileren Kostenverlaufes abzusehen. Jedoch übertrifft die tatsächliche Kostensteigerung von fast 19 Prozent je Versicherten die alterungsbedingte Erwartung von 3,7 Prozent dramatisch. Ein Hauptgrund für der Kostensteigerung im stationären Bereich ist für mich offensichtlich. Im Krankenhausbereich hat es in den zurückliegenden Jahren keine strukturellen Reformen gegeben. Vielmehr waren die vergangenen Jahre davon gekennzeichnet, die immer weiter steigenden Vergütungsansprüche der Krankenhäuser zu befriedigen. In der Konsequenz ergaben sich enorme Mengen und damit auch Kostensteigerungen, die sich nicht durch die demografische Entwicklung rechtfertigen oder gar erklären lassen.

Für mich gibt es nur einen Weg: Behandlungserfolge bei der Krankenhausplanung und bei der Krankenhausvergütung berücksichtigen und Kliniken oder Abteilungen mit schlechter Qualität konsequenterweise vom Netz nehmen. Eine höhere Behandlungsqualität in der stationären Versorgung trägt nicht nur zu mehr Patientensicherheit bei, sondern auch zu mehr Nachhaltigkeit.



den Auslastungsgrad der Krankenhäuser deutlich zu erhöhen. Doppelvorhaltungen von gleichen Abteilungen mit geringen Auslastungen in räumlicher Nähe sind auszuschließen. Die Planung muss dabei auch dem Bedarf gerecht werden, der aus dem demografischen Wandel resultiert. Beispiel: Die Altersmedizin wird in der Zukunft vehement an Bedeutung gewinnen, das heißt, die Krankenhausplanung muss sich in der Zukunft differenziert auf die Behandlung der in der älteren Generation vermehrt auftretenden Krankheitsbilder, etwa Demenz, ausrichten. Erforderlich ist eine differenzierte, auf altersspezifische Bedürfnisse ausgerichtete Planung unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte und -struktur.

Erreichbarkeit

Eine aktuelle Umfrage der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC vom März 2014 hat ergeben, dass viele Patienten bereit sind, für gute Krankenhäuser weite Wege in Kauf zu nehmen. Über 40 Prozent würden mehr als 50 Kilometer fahren, gut jeder sechste würde sogar Wegstrecken von mehr als 100 Kilometer in Kauf nehmen, um ein Krankenhaus aufzusuchen, das seinen persönlichen Qualitätsanforderungen entspricht. Nur 6 Prozent der Befragten würden sich demgegenüber grundsätzlich im nächstgelegenen Krankenhaus behandeln lassen. Dementsprechend ist im Rahmen einer neu ausgerichteten Krankenhausplanung auch zu fragen, inwieweit bestehende Strukturen weiter zentralisiert werden können.

Strukturqualität

Eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung sollte sich jedoch nicht nur mit der Frage beschäftigen, wie viele Kapazitäten ein Krankenhaus vorzuhalten hat und wie es für die Patienten zu erreichen ist. Sie muss auch festlegen können, inwieweit ein Krankenhaus bestimmte Leistungsbereiche anbieten darf oder nicht. Die Strukturqualität sollte bei der Krankenhausplanung stärker als der Qualitätsindikator

berücksichtigt und von den Bundesländern regelmäßig überprüft werden. Bei Nichteinhaltung sollte es nach der Gewährung eines Übergangszeitraums zur Verlagerung der Leistungen in qualifizierte Krankenhäuser kommen. Erforderlich ist eine nachvollziehbare Prüfung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise der Strukturqualität von Krankenhäusern und ihren Abteilungen.

Die bisherigen Fachplanungen – wie zum Beispiel in der Schlaganfallversorgung oder jüngst bei der Bildung von Traumanetzwerken – bleiben gerade unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung auf halbem Wege stehen, da nicht ausgewiesene/nicht zertifizierte Krankenhäuser nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Spezialisierung ist Patientenschutz

Im Interesse des Patientenschutzes und der Effizienz der Leistungserbringung sollte eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung darüber hinaus die Spezialisierung der Krankenhäuser vorantreiben. Der medizinische Fortschritt wird bisher von den Krankenhäusern umgesteuert und teilweise aus rein ökonomischen Gründen umgesetzt (zum Beispiel: TAVI = Aortenklappenimplantationen, Cochlear-Implantationen, LHKM = Linksherzkathetermessplätze). Die rechtsverbindliche Planung von Zentren zur notwendigen Konzentration der Leistungen im Sinne des Patientenschutzes unterbleibt dagegen. Das hat eine medizinisch nicht notwendige Leistungsausweitung zur Folge. Von den gesamten Leistungssteigerungen im Bereich der Krankenhausversorgung ist nur ca. ein Drittel mit dem demografischen Wandel zu erklären. Die Ersatzkassen und ihr Verband bekennen sich gemeinsam mit dem BKK Landesverband Süd, der IKK classic und der Knappschaft zur Anwendung innovativer Verfahren im Krankenhaus. Neue Verfahren sollten jedoch nicht von Anfang an in jedem Krankenhaus erbracht werden können, denn die Einführung von Innovationen beinhaltet für die Patienten auch Risiken. Nicht jede Produktänderung bedeutet

zwangsläufig einen medizinischen Vorteil, wenngleich sie die lukrative Abrechnung eines hausindividuellen Entgeltes unter der Rubrik „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ ermöglicht. Innovationen und medizinischer Fortschritt sind nicht identisch, daher sollten nur Innovationszentren, insbesondere Universitätsklinikum neue Verfahren erbringen dürfen. Erst wenn evidenzbasiert nachgewiesen ist, dass die neue Methode tatsächlich einen signifikanten Nutzen für den Patienten mit sich bringt, sollte sie für weitere Krankenhäuser freigegeben werden. Ebenso ist es für eine qualitätsorientierte Patientenversorgung kontraproduktiv, wenn jedes Krankenhaus für sich beansprucht, alle Leistungen eines Fachgebietes anbieten zu können und zu müssen. Gerade bei (hoch-)spezialisierten Leistungen mit teilweise geringen Patientenzahlen ist die Einrichtung von Zentren unerlässlich. Das heißt auch, dass nicht jedes Universitätsklinikum alle Leistungen eines Fachgebietes anbieten sollte (Beispiel: Transplantation). Bisher heißt es jedoch zum Beispiel „Jeder darf innerhalb der Chirurgie alles.“ Hier sind Konkretisierungen der Versorgungsaufträge erforderlich, dass eben nicht jeder innerhalb der Chirurgie alles darf (Beispiel: Adipositas-Chirurgie). Eine eklatante Fehlentwicklung wäre des Weiteren, wenn – wie im letzten Landeskrankenhausauschuss erörtert – die notwendigerweise auf ausgewiesene Zentren konzentrierte herzchirurgische Versorgung auf weitere Standorte zersplittert werden würde, um anderen Krankenhäusern die Erbringung von TAVI-Leistungen zu ermöglichen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss vielmehr eine Zersplitterung von Zentren auf weitere Standorte verhindern.

Gesundheitszentren

Qualitätsverluste an kleinen ländlichen Krankenhäusern durch geringe Fallzahlen und dadurch fehlende Routine sind zu vermeiden, damit für alle Patienten die gleiche qualitätsgesicherte Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Unter anderem

auch zur Sicherstellung der Notfallversorgung im ländlichen Raum sollten daher Krankenhäuser in Gesundheitszentren zur ambulanten und stationären Versorgung umgewidmet werden. Dabei ist eine telemedizinische Vernetzung der Versorgungsstandorte hilfreich. Erfreulicherweise gibt es bereits solche Gesundheitszentren, weitere sollten hinzukommen. Die Schaffung eines Fonds zur Förderung der Umstrukturierungen ist ebenso überlegenswert, wie die Überprüfung und Schaffung neuer Trägerstrukturen.

Schlechte Krankenhäuser ausschließen

Dauerhafte Qualitätsdefizite müssen zu Leistungseinschränkungen führen. Im Rahmen der bisherigen externen Qualitätssicherung vergehen jedoch fünf Jahre bis ein Krankenhaus mit dauerhaften Qualitätsdefiziten (Beispiel: Nichtversorgung von Oberschenkelhalsbrüchen am Wochenende) innerhalb des Lenkungsgremiums „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ offengelegt wird. Planungsrechtliche Konsequenzen hat dies für das betroffene Krankenhaus dennoch nicht. Qualitätssicherung muss sektorenübergreifend gestaltet werden. Noch immer werden Qualitätsinformationen nicht im gewünschten Maße wirksam und werden nicht für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung eingesetzt. Qualitätsinformationen müssen weiterentwickelt, transparent und nachvollziehbar dargestellt werden. Außerdem müssen Qualitätsstandards bundesweit verbindlich sein und dürfen nicht unterschritten werden. Wenn schlechte Qualität festgestellt wird, muss dies auch Konsequenzen haben.

Mehr Investitionsmittel durch das Land

Das Land muss seinen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung durch ein weiteres Aufstocken der Investitionsmittel leisten. Trotz erkennbarer Anstrengung des Landes hat die unzureichende Investitionskostenförderung dazu geführt, dass einerseits ein

ganz erheblicher Förderstau aufgelaufen ist und andererseits der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser kontinuierlich gesunken ist. Jährlich steigen die GKV-Kosten für die stationäre Versorgung um vier bis fünf Prozent an. Im Jahr 2013 haben die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit 64,21 Mrd. Euro für die Krankenhausbehandlung ausgegeben. In Baden-Württemberg finanziert die GKV mittlerweile rund 95 Prozent der Kosten für die stationäre Versorgung. Das Land lediglich fünf Prozent. Bereits 2006 hat jedoch die „Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ festgestellt, dass die Investitionsquote mindestens 10 % betragen sollte.

Krankenkassen müssen stärker an der Krankenhausplanung mitwirken

Die Krankenkassen tragen die Folgekosten der Planungsentscheidungen, ohne selbst darauf Einfluss nehmen zu können. Die Kassenverbände besitzen derzeit im Rahmen der Krankenhausplanung lediglich ein Anhörungsrecht. Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben muss durch Strukturprüfungen und die Qualitätsergebnisse müssen durch Auffälligkeitsprüfungen kontrolliert werden können. Hierfür muss eine Rechtsgrundlage geschaffen werden. Ebenso müssen Kündigungen von Versorgungsverträgen durch die Kassenverbände aus Qualitätsmängeln rechtlich leichter möglich sein. Hierfür ist die Rechtsgrundlage entsprechend zu erweitern. Daneben ist der Rechtsschutz der Krankenkassen zu stärken, indem Klagen gegen krankenhauplanerische Entscheidungen des Landes möglich werden. Auch in den Budgetverhandlungen sollten Leistungen mit dauerhaft schlechter Qualität rechtsverbindlich ausgeschlossen werden können, was derzeit nicht möglich ist. Die leitliniengerechte Indikationsstellung sollte vermehrt über verpflichtende Qualitätsvereinbarungen sichergestellt werden können, so zum Beispiel für die renale Nierendenerivation. ■

Go für die Notfallsanitäterausbildung im Südwesten

Die Notfallsanitäterausbildung in Baden-Württemberg kann zum 1. Oktober 2014 beginnen. Mit dieser Qualitätskomponente muss jetzt aber auch mit dem Innenministerium über den Sinn der doppelten Hilfsfrist gesprochen werden.

Die Finanzierung der Notfallsanitäterausbildung in Baden-Württemberg ist zunächst für ein Jahr gesichert. Nach dem Spitzengespräch vom 31. Juli haben sich die Rettungsdienstorganisationen und die Krankenkassen darauf verständigt, dass die Notfallsanitäterausbildung im Oktober starten kann. Die getroffene Vereinbarung hat eine Laufzeit von einem Jahr. Im Mai 2015 werden der vdek und die übrigen Krankenkassenarten mit dem Sozialministerium, dem Innenministerium sowie den Rettungsdienstorganisationen die Verhandlungen fortsetzen.

Die Einigung hat zunächst eine Laufzeit von einem Jahr, da die Frage der Finanzierung aus Sicht der Krankenkassen noch nicht abschließend geklärt ist. Nach Überzeugung der Krankenkassen ist die Schulfinanzierung eine eindeutige Aufgabe des Landes. An dieser Frage schien lange Zeit eine Einigung zu scheitern. Da die Krankenkassen den gesetzlich zugewiesenen Auftrag, einen funktionierenden Rettungsdienst aufrecht zu erhalten, nicht gefährden wollten, und vom Land keine klare Aussage zur Höhe einer Schulfinanzierung zu erhalten war, wollten die Krankenkassen an dieser Frage den Ausbildungsstart nicht scheitern lassen. Mittlerweile haben auch andere Bundesländer nachgezogen. Die

Beteiligten waren sich einig, die Gespräche im Mai 2015 fortzusetzen, um aus den gewonnenen Erfahrungen und einer hoffentlich bis dahin geklärten Landesbeteiligung eine Anschlussregelung zu

»Mit der deutlich verbesserten Qualifizierung der Notfallsanitäter gerät der Bestand der doppelten Hilfsfrist in den Fokus.«

erarbeiten. Es bleibt allerdings festzustellen, dass die in der Gesetzesbegründung genannten Beträge bei weitem nicht ausreichen, um die Aufgaben, welche der Gesetzgeber den Krankenkassen gestellt hat, auch nur annähernd zu finanzieren.

Doppelte Hilfsfrist nicht mehr zwingend

Seit dem 1. Januar sind das neue Notfallsanitätergesetz des Bundes und die dazugehörige Ausbildung und Prüfungsverordnung in Kraft. Das Gesetz schafft mit dem Notfallsanitäter ein neues



FOTO: Techniker Krankenkasse

Berufsbild, das an die Stelle des Rettungssanitäters tritt. Anders als der Rettungssanitäter, dessen Ausbildung zwei Jahre dauert und einen Hauptschulabschluss voraussetzt, soll der Notfallsanitäter drei Jahre ausgebildet werden und mindestens die Mittlere Reife vorweisen. Der Notfallsanitäter soll am Einsatzort mehr medizinische Kompetenzen haben als der Rettungssanitäter und dadurch die Notärzte entlasten. Dadurch gerät auch die doppelte Hilfsfrist in den Fokus der Diskussion. Durch die qualitativ hochwertige und in der Fläche vorgesehene Ausbildung für die Notfallsanitäter muss mit dem Innenministerium über die Sinnhaftigkeit von Rettungswagen mit Notfallsanitäter und Notarzt mit Fahrer gesprochen werden. Fakt ist, dass mit der Notfallsanitäterausbildung der Notfallsanitäter deutlich höher qualifiziert ist.

Das derzeitige Rettungsdienstgesetz in Baden-Württemberg macht die Vorgabe, dass in 95 Prozent der Fälle sowohl der Notarzt als auch der Rettungstransportwagen (RTW) zwischen 10 und 15 Minuten nach erfolgtem Anruf am Unfallort sein müssen. Hierunter ist die doppelte Hilfsfrist zu verstehen.

In der Schweiz sind normalerweise lediglich zwei Rettungssanitäter am Unfallort; der Notarzt kommt nur bei Bedarf hinzu. ■

Die Stellschrauben des Gesundheitswesens justieren

„Wir wollen nicht, dass der Wettbewerb auf einen reinen Preiswettbewerb reduziert wird. Die Kriterien Innovationsbereitschaft, Qualität und Service einer Krankenkasse sind im Sinne der Versicherten.“, so der vdek.

Der Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg hatte die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit nach Stuttgart eingeladen. Annette Widmann-Mauz ging insbesondere auf das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) ein. Die Themenpalette umfasste die Zukunft der Krankenhäuser, u. a. das Wie der Finanzierung, das von der Koalition geplante neue Qualitätsinstitut, den Schlichtungsausschuss nach § 17 c KHG und das Krankengeld.

Unsinnige Hinweispflicht auf andere Kassen bei Beitragssatzerhöhung

Die Ersatzkassen mit ihrem Verband (vdek) um Hans Ehrenreich, Harald Müller, Walter Scheller, Andreas Vogt und Frank Winkler machten ihren Standpunkt zur Hinweispflicht auf andere Krankenkassen bei Beitragssatzerhöhung deutlich. Sie begrüßten, dass die Bundesregierung mit dem GKV-FQWG die Finanzarchitektur neu ausrichtet. Kritisch werden die neuen Regelungen zum Sonderkündigungsrecht gesehen. Neu ist, dass die Krankenkassen ihre Versicherten künftig nicht nur schriftlich auf das Sonderkündigungsrecht, sondern auch auf die Wahlmöglichkeit zu einer günstigeren Krankenkasse hinweisen sollen, wenn ihr Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz liegt. Die Ersatzkassenvertreter befürchten, dass sich dann der Wettbewerb auf



EINLADUNG NACH STUTTGART: Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, wird von Walter Scheller in der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg begrüßt.

einen reinen Preiswettbewerb reduziert werden. Innovationsbereitschaft, Qualität und Service einer Krankenkasse würden dann nicht ausreichend beachtet werden. Die Staatssekretärin blieb dabei, dass es auf alle Fälle eine Information auf der Internetadresse des GKV-Spitzenverbandes geben wird, auf welcher die Krankenkassen mit ihren jeweiligen Zusatzbeiträgen gelistet sind. Dies werde so auch kommen, so die parlamentarische Staatssekretärin. Der Stichtag wird der 1.1.2015 sein.

Weitere Themenbereiche waren das Impfen, die Hebammen und die Prävention. Für die geplante gesundheitspolitische Veranstaltung „Prävention und Gesundheitsförderung“ im Oktober in Stuttgart gab die Parlamentarische Staatssekretärin ihre Zusage. ■

Vorbeugen ist die beste Medizin



FOTO: vdek

Vorbeugen ist die beste Medizin – Gesund leben und arbeiten in Baden-Württemberg“, so lautet der Titel der diesjährigen Veranstaltung am 30. Oktober im GENO-Haus in Stuttgart.

Die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, der demografische Wandel und die Veränderungen in der Arbeitswelt machen neue Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Belastungen sowie zur Stärkung gesundheitlicher Potentiale erforderlich. Als größter Förderer von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland bietet die gesetzliche Krankenversicherung ihren Versicherten bereits ein breites Spektrum hochwertiger präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen. Zudem ist in Baden-Württemberg durch die Gesundheitsstrategie des Landes, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen oder den B 52-Förderpreis Gesundheit auch im Bereich der Vernetzung der Akteure schon einiges geschehen.

Welche neuen Impulse darüber hinaus ein Bundespräventionsgesetz setzen kann, welche (finanziellen) Rahmenbedingungen es schaffen muss, um Prävention zu stärken, und welche Erwartungen die handelnden Akteure sonst an dieses Gesetz haben, wollen wir mit den Vertretern aus Wissenschaft, Politik, Kommunen, Betrieben und dem Gesundheitswesen erörtern. Herzlich laden wir Sie ein, unser Gast zu sein und mit zu diskutieren.

„Gesundheit – Wie geht es uns morgen?“

Wie müssen die Anreize im Gesundheitswesen gesetzt werden, damit das System aus sich selbst heraus mehr Gesundheit zu vertretbaren Kosten hervorbringt? Expertinnen und Experten verdeutlichten ihre Ansätze.

Vorgestellt wurde eine Studie der Heinrich Böll Stiftung über die Zukunft der Gesundheit. Mit den rund 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Haus der Wirtschaft in Stuttgart diskutierten Birgitt Bender, Bündnis 90/Die Grünen, Bärbl Mielich, MdL, Bündnis 90/Die Grünen, gesundheitspolitische Sprecherin und Vorsitzende des Sozialausschusses, Dr. phil. Almut Satrapa-Schill, Mitglied der Gesundheitspolitischen Kommission der Böll Stiftung, Helmut Hildebrandt, Co-Vorsitzender der Gesundheitspolitischen Kommission der Böll Stiftung und Frank Winkler, stellvertretende Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg.



DISKUTIERTEN AUF DEM PODIUM IM HAUS DER WIRTSCHAFT: Bärbl Mielich, Frank Winkler, Birgitt Bender, Dr. phil. Almut Satrapa-Schill und Helmut Hildebrandt (v. l. n. r.)

FOTO: Heinrich Böll Stiftung Baden-Württemberg

für Ihre Versicherten gute Qualität erlauben. Es stecken genügend Ressourcen im Gesundheitswesen; mehr als 190 Milliarden Euro allein in diesem Jahr.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Die vorgelegte Studie enthält bereits eingesteuerte und nachvollziehbare, aber auch utopische Forderungen.

Positiv und tragfähig seien die in Baden-Württemberg initiierten kommunalen Gesundheitskonferenzen für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in bereits 35 von 44 Stadt- und Landkreisen. Noch viel mehr müsse die Gesundheit

»Entscheidend ist immer der Nutzen für den Patienten.«

als gesamtgesellschaftliche und interdisziplinäre Aufgabe begriffen werden, welche alle angeht. Aus dem Publikum wurde als Beispiel das Thema Feinstaubbelastung in Stuttgart genannt.

Früher gegensteuern

Hiervon seien alle betroffen; deshalb müssen auch alle Akteure gegensteuern. „Außerdem müsse man früher gegensteuern und nicht erst dann, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist“, so Frank Winkler.

Weitere Informationen, etwa die Studie der Heinrich Böll Stiftung sowie die Einladung, finden Sie unter www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilung/2014/20140429.html



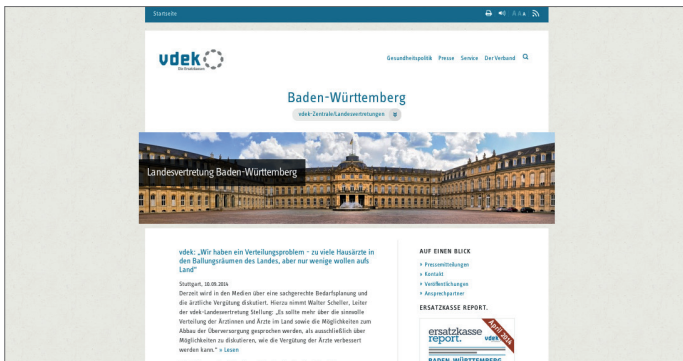
FOTO: Heinrich Böll Stiftung Baden-Württemberg

Für Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen (vdek) ist der Nutzen für die Patientinnen und Patienten das Entscheidende. Schutz und Sicherheit für die Versicherten im Gesundheitswesen dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Von einer Vielzahl von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden wissen wir heute nicht, was sie dem Patienten wirklich bringen und bei Medizinprodukten gibt es nicht einmal ein richtiges Zulassungsverfahren. Es wird Geld für Dinge ausgegeben,

die im Zweifel nichts nutzen. Gegebenenfalls sind sie sogar schädlich. Erinnert sei an den Skandal um die Brustimplantate der Firma PIP im vorletzten Jahr, aber auch an die mangelhaften Hüftgelenke oder die selbstexpandierenden Wingspan-Stents, die anstelle einer besseren Gehirndurchblutung zu einer 2,5-fach erhöhten Schlaganfallrate geführt haben. „Es geht hierbei nicht in erster Linie um die Kosten, sondern um die Patienten und ihr Recht auf Sicherheit und Schutz. Der medizinische Fortschritt ist stets daraufhin zu überprüfen, ob er eine echte Neuerung darstellt oder nicht.“ Die gesetzliche Krankenversicherung braucht Innovationen, die einen echten therapeutischen Nutzen für den Patienten darstellen und dies im Hinblick auf Verbesserungen, wie eine deutliche Verlängerung der Lebenszeit und der Lebensqualität. Stehen dann noch die Mehrkosten in einem adäquaten Verhältnis zum therapeutischen Effekt, dann kann dies auch als echter Fortschritt für die Solidargemeinschaft angesehen werden. Einen solchen Fortschritt kann die Krankenversicherung auch guten Gewissens finanzieren. Die gesetzliche Krankenversicherung kann sich

Benutzerfreundliche Internetpräsenz

FOTO: vdek



Was möchte ein Internetnutzer? Informationen zum Thema Gesundheit sollen aus einem Guss schnell und zielgerichtet abgerufen werden können. Die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg erfüllt diesen Anspruch mit ihrer neu gestalteten Homepage in einem ansprechenden Design mit eindeutigen Darstellungsformen, so genannten Features, und pragmatischem Inhalt. Informationen und Angebote für Leistungserbringer und Vertragspartner, die Ausgabe der Ersatzkasse Report Baden-Württemberg zum Download, Hintergrundinformationen zu ausgewählten Themen, Veranstaltungen und weitere Informationen sind auf der Homepage unter www.vdek.com/LVen/BAW zu finden.

FÜR SIE GELESEN

Misstände in der Zahnmedizin



Tanja Wolf,
Murks im Mund
2014, 212 S., €
19,99, Riva Ver-
lag, München

Implantat oder Brücke, Inlay oder Füllung, Teilkrone oder Krone – kaum jemand kann beurteilen, welche Behandlung nötig ist und was sie kosten darf.

Tanja Wolf beschreibt Misstände in der Zahnmedizin, die uns alle betreffen: kaum Qualitätskontrollen, eine undurchsichtige Titelflut, ein Gutachten-System mit vielen Fragezeichen, ein Mangel an echter Dentalhygiene und eine überbewertete Kieferorthopädie. Die Medizinjournalistin hat die Ergebnisse ihrer akribischen Recherche in diesem prägnanten Patientenratgeber zusammengetragen, mit konkreten Fällen aus der Praxis, dazu gibt es Tipps und Ratschläge, worauf man als Patient achten sollte, um eine gute und nicht überbeuerte Behandlung zu bekommen.

KURZ GEFASST

Pflege macht Angehörige häufig krank

Pflegende Angehörige reiben sich zwischen Job, Familie und Pflege auf. Die Pflege von Angehörigen laugt viele Menschen aus. Das geht aus über 1.000 Interviews hervor, die das Meinungsforschungsinstitut FORSA im Auftrag der Techniker Krankenkasse mit Pflegenden geführt hat. Ständig in Bereitschaft zu sein, strengt 55 Prozent der Beteiligten an. Jeder zweite gab an, sich häufig körperlich erschöpft zu fühlen. Ein Drittel ist ständig hin- und hergerissen zwischen der Pflege und den Anforderungen im Job oder in der Familie. Möglicher Ansatzpunkt: Träger- und sektorenübergreifende Hilfs- und Betreuungsnetzwerke mit einem deutlichen Fokus auf die Versorgung zu Hause.

Hausärztliche Versorgung

Die Ersatzkassen wollen die hausärztliche Versorgung zwar stärken, „dies geht jedoch nur auf der Basis von Freiwilligkeit. Zwangsverträge wie die hausarztzentrierte Versorgung gehen in die völlig falsche Richtung und führen zu erheblichen Mehrkosten ohne Zusatznutzen für die Versicherten“, so Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung.

Bedarfsplanung der Ärzte im Land

„Die ärztliche Versorgung ist in den vergangenen Jahren deutlich teurer geworden. Neben dem Kollektivvertrag investieren die Ersatzkassen auch Geld in Hausarztverträge. Aber nach wie vor bestehen große Verteilungsprobleme. Auch ein Hausarztvertrag bewegt keinen Arzt dazu, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Solange eine Förderung nach dem Gießkannen-Prinzip auch in Bereichen der Überversorgung erfolgt, werden sich die neuen Ärztinnen und Ärzte auch weiterhin am liebsten in Ballungsräumen niederlassen, welche bereits überversorgt sind.“, so der vdek.

Geriatriekonzept überarbeitet

Die geriatrische Versorgung älterer Menschen in Baden-Württemberg wurde weiterentwickelt und verbessert. Der vdek hat gemeinsam mit weiteren Experten aus der Geriatrie das Geriatriekonzept 2014 erarbeitet. Das neue Geriatriekonzept stellt dar, wie die verschiedenen mit Altersmedizin befassten Bereiche dazu beitragen können, dass alte Menschen auch bei mehrfachen chronischen Erkrankungen möglichst lange und selbständig in den eigenen vier Wänden leben können. Der Landesseniorenrat war ebenso einbezogen worden.

BÜCHER

Geschichte(n) der Medizin

In dem Buch werden ausgewählte Vitae aus der Zeit zwischen dem zweiten Jahrhundert vor Christus und heute exemplarisch und kurzweilig vorgestellt. Doch nicht nur die hier wiedergegebenen Krankheitsverläufe und Todesfolgen der prominenten Protagonisten faszinieren. Interessant sind die dargestellten Veränderungen von Moralvorstellungen innerhalb der Geschichte(n). Den Autoren gelingt es mühelos und mitreißend, Geschichte(n) der Medizin in Biografien und Erzählungen lebendig werden zu lassen.



Erens, Otte (Hrsg.)
Geschichte(n) der Medizin
2014, 160 S., € 38,-
Gentner Verlag, Stuttgart

Gesundheitssysteme im Vergleich

Um das Gesundheitswesen zu verbessern, lohnt ein Blick über die Landesgrenzen. Die Autoren liefern einen Überblick über die Strukturen der Gesundheitssysteme in 31 Mitgliedsstaaten der EU und der OECD. Die Vergleiche zeigen, welche Erfahrungen andere Länder bereits mit Reformen gemacht haben und wie patientenfreundlich, effizient und „gerecht“ die jeweiligen Gesundheitssysteme sind. Verglichen werden unter anderem Gesundheitskosten, Arzneimittelversorgung und Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung.



Schöllkopf, Pressel
Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
2014, 304 S., € 69,95
Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

PRÄVENTION

Die zentrale Prüfstelle Prävention ist ein Erfolg

FOTO: Zentrale Prüfstelle Prävention



Früher prüfte jede Krankenkasse mit einem großen administrativen Aufwand die Kursangebote separat. Unter Federführung des vdek wurde seit Januar 2014 von bundesweit 119 Krankenkassen eine zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) eingerichtet. Als eine erste Zwischenbilanz kann jetzt durchaus konzediert werden, dass sich hier ein Erfolg anbahnt. Dafür sprechen nicht nur die Zahlen und die gute Resonanz der Mitarbeiter in den Kundenbetreuungen der beteiligten Krankenkassen, sondern auch der damit einhergehende deutliche Bürokratieabbau bei gleichzeitig höherer Qualität, weil Prüfungen durch jede Einzelkasse nun nicht mehr notwendig sind. Inzwischen umfasst die Datenbank ca. 380.000 geprüfte Präventionskurse von ca. 120.000 Anbietern aus ganz Deutschland. In dieser Datenbank können Versicherte schnell, einfach und kostenfrei einen passenden Präventionskurs in ihrer Nähe finden. Geprüft wird unter anderem die Qualifikation des Anbieters. Außerdem, ob die Anforderungen, welche sich aus dem „Leitfaden Prävention“ ergeben, erfüllt sind. Ausführliche Informationen können unter www.zentrale-pruefstelle-praevention.de abgerufen werden.

BÜRGERBETEILIGUNG

Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg



Eine aus der Landesgesundheitskonferenz heraus entstandene Redaktionsgruppe, an welchem der vdek mitgewirkt hat, erhielt den Auftrag, auf der Grundlage der Bürgerleitsätze und der Ergebnisse der Landesgesundheitskonferenz das Leitbild einschließlich der Leitsätze und Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, die abschließend erneut in der Landesgesundheitskonferenz abgestimmt wurden. Das vorliegende Gesundheitsleitbild soll zukünftig als Orientierung für den Gesundheitsdialog auf Landesebene, Kreis- und Gemeindeebene dienen. Das Leitbild dient der Weiterentwicklung und Sicherung der hohen Qualität des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg. Es kann unter www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2014/GesundheitsleitbildBaWue.html abgerufen werden.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Baden-Württemberg des vdek
Christophstr. 7, 70178 Stuttgart
Telefon 07 11 / 2 39 54-19
Telefax 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail frank.winkler@vdek.com
Redaktion Frank Winkler
Verantwortlich Walter Scheller
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2220