C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE TELEMEDIZIN Pilotprojekt zur Erhöhung der Behandlungsqualität beim Schlaganfall | **KRANKENHAUSSTRUKTUR** Erheblicher Reformbedarf | **PROJEKT SAM** Suchtgefährdete Alte Menschen

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. DEZEMBER 2017

VDEK-ZUKUNFTSPREIS

Ein Gewinner aus Bayern

FOTO Stadtmission Nürnberg

AUSGEZEICHNET: Erica Metzner, Leiterin des Suchthilfezentrums (l.) und Beate Schwarz, Projektleiterin „Sucht im Alter".

Erneut wurde in diesem Jahr ein bayerisches Präventionsprojekt mit dem vdek-Zukunftspreis ausgezeichnet. An der Ausschreibung zum Thema „Gesundheit im Alter" nahmen bundesweit 51 Bewerber teil. Den Zweiten Preis in Höhe von 3.500 Euro sicherte sich das Projekt SAM (Suchtgefährdete Alte Menschen) der Stadtmission Nürnberg. Im Rahmen dieses Projekts werden Pflegekräfte und -einrichtungen dabei unterstützt, Betreute mit problematischem Alkohol- oder Medikamentenkonsum besser zu versorgen. Gemeinsam mit den Betroffenen sollen Wege des Umgangs mit der Suchterkrankung gefunden werden. Auch Angehörige werden bei SAM beraten. Die Erfahrungen aus diesem Projekt können im Best-Practice-Vergleich weit über die Stadtgrenzen von Nürnberg hinaus als Leitmodell verbreitet und genutzt werden. Näheres dazu auf Seite 7.

VDEK-FACHFORUM

Finanzausgleich unter den Krankenkassen muss dringend reformiert werden

Eine gerechte Finanzierung der Krankenkassen ist die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So lautete die Kernbotschaft des diesjährigen Fachforums der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen.

Das Fachforum fand – wie im Vorjahr – im Rahmen des Europäischen Gesundheitskongresses in München statt und stieß auf breite Resonanz: Fast 170 Teilnehmer waren Gäste der Veranstaltung und verfolgten mit großem Interesse die Diskussion der beteiligten Experten. Zu den Diskutanten auf dem Podium gehörten der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Frank Plate, die Amtschefin des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, Ruth Nowak, die Abteilungsleiterin Politik des BKK Dachverbandes, Anne-Katrin Klemm, sowie die Direktorin von Santésuisse, Verena Nold. Zum Einstieg formulierte Professor Volker Ulrich, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt, die wichtigsten Fragestellungen in einem Impulsvortrag.

Ein Gerechtigkeitsproblem in der GKV

Die Positionen der Ersatzkassen vertrat Ralf Langejürgen, der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, der in seinem einleitenden Statement feststellte: Es gibt ein Gerechtigkeitsproblem in der GKV, dass schnellstmöglich – im Interesse der Funktionsfähigkeit des Systems und im Interesse vor allem der Versicherten – angegangen und abgebaut werden muss. Der Finanzausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), verfehlt seit Jahren sein Ziel, nämlich faire Wettbewerbsbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen, ganz erheblich und muss deshalb dringend reformiert werden.

Besonders augenfällig in diesem Zusammenhang ist die seit Jahren kontinuierlich weiter auseinandergehende Schere bei den Deckungsquoten zwischen den Allgemeinen Ortskrankenkassen auf der einen Seite und den übrigen Krankenkassenarten auf der anderen Seite. Das heißt, die Verteilung der Beitragsgelder über den Morbi-RSA schafft gravierende Ungerechtigkeiten für wichtige Akteure der GKV. Zwischenzeitlich erreicht die Deckungslücke zwischen den Allgemeinen Ortskrankenkassen

→

KOMMENTAR

Morbi-RSA: Die Zeit drängt!

FOTO vdek

von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

Der Morbi-RSA in seiner heutigen Form verteilt die GKV-Finanzen fehlerhaft und verhindert einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Durch die einseitige Bevorteilung der AOKen entstehen gefährliche Ungleichgewichte zwischen den Krankenkassenarten. Üppige Überdeckung auf der einen Seite und finanzielle Überforderung durch Unterdeckung auf der anderen Seite. Der Leidtragende ist letztendlich der Versicherte, der die aufgerissene Finanzierungslücke über Zusatzbeiträge schließen muss.

Für die betroffenen Kassen und für ihre Versicherten ist dieser Zustand auf Dauer unzumutbar. Der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung mutiert zu einem simplen Kampf um niedrige Zusatzbeiträge – zulasten der Gesundheitsversorgung und zulasten der Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Problem ist bekannt. Die Diagnose steht. Was fehlt, ist ein Konsens über die richtige Therapie. Wie sehr die Zeit drängt, zeigt die Tatsache, dass die Schere zwischen den überdeckten AOKen und den unterdeckten Krankenkassen kontinuierlich weiter auseinander geht. Dieser verhängnisvolle Prozess muss dringend gestoppt werden, um irreparablen Schaden vom GKV-System abzuwenden. Dafür brauchen wir kurzfristige Reformmaßnahmen und den Mut der politisch Verantwortlichen. Es ist Zeit zum Handeln!

→

und den Ersatzkassen fast 1,8 Milliarden Euro. Während die Ersatzkassen mit einer Unterdeckung von rund 730 Millionen Euro kämpfen müssen, profitieren die AOKen im Bundesgebiet von einer Überdeckung in einer Größenordnung von mehr als eine Milliarde Euro. Dazu kommen Unterdeckungen bei den Betriebskrankenkassen und den Innungskrankenkassen mit teilweise massiven Auswirkungen auf die Budgets und auf die Höhe der Zusatzbeiträge. Wichtige Player im Krankenkassensystem haben immer größere Probleme die Versorgung ihrer Versicherten mit den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln sicherzustellen.

»Es gibt ein Gerechtigkeitsproblem in der GKV-Finanzierung.«

Die ungerechte Verteilung der Finanzmittel durch den Morbi-RSA schlägt voll auf die Versicherten durch. Die Mitglieder der betroffenen Krankenkassen zahlen ihre Beiträge in voller Höhe an den Gesundheitsfonds, doch ihre Krankenkassen bekommen zu wenig Fondsmittel, um die medizinische Versorgung ihrer Versicherten adäquat zu organisieren beziehungsweise zu finanzieren. Der einzige Ausweg: weitere Erhöhung des Zusatzbeitrages mit der Folge einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Mitglieder und einer weiteren Verschlechterung der Wettbewerbsposition.

Zentrale Ziele des Morbi-RSA

Der Risikostrukturausgleich wurde vor rund 20 Jahren eingerichtet und im Jahre 2009 durch eine Morbiditätskomponente zum Morbi-RSA weiterentwickelt. Dabei stehen vor allem zwei zentrale Ziele im Mittelpunkt: Erstens, die Vermeidung einer dauerhaften morbiditätsbezogenen Risikoselektion und, zweitens, die Herstellung der Wettbewerbsneutralität zwischen den Krankenkassen. Während das erste Ziel weitgehend erfolgreich erreicht

FOTOS (3) vdek / Tietze

PROF. VOLKER ULRICH referiert über den Morbi-RSA.

werden konnte, stehen wir beim Thema Wettbewerbsgerechtigkeit vor gewaltigen Herausforderungen.

In diesem Punkt bestand auf dem Podium große Einigkeit – insbesondere Herr Professor Ulrich unterstrich den notwendigen Handlungsbedarf. Aus seiner Sicht gehören die Risikoäquivalenz im solidarischen GKV-System und die Ermöglichung eines Vertrags- und Qualitätswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung untrennbar zusammen. Professor Ulrich wies daraufhin, dass die Risikoäquivalenz allein zu kurz greift und die Wettbewerbswirkung des Morbi-RSA dezidiert untersucht werden sollte. Der erste Schritt in diese Richtung wurde im Dezember 2016 getan, als die Bundesgesundheitsministerium beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes ein Sondergutachten in Auftrag gegeben hat. Die Untersuchung der Problematik soll durch ein weiteres Gutachten vertieft werden, in dem die regionalen Unterschiede in den Kosten- und Versorgungsstrukturen untersucht werden.

Die Frage, ob der aktuelle Risikostrukturausgleich den Wettbewerb unter den Krankenkassen verzerrt, gehörte laut Professor Ulrich zu den zentralen Themen im Sondergutachten. Weiterhin wurde die geteilte Aufsicht in der GKV – Bundesversicherungsamt versus Landesaufsichtsbehörden – und die daraus folgenden Auswirkungen auf den Wettbewerb untersucht.

Ein Dissens wurde im Zusammenhang mit der Untersuchungsmethodik deutlich.

Während die Ersatzkassen – vor allem vor dem Hintergrund der Haftungsverbünde – einen kassenartenbezogenen Untersuchungsfokus einfordern, präferiert der Wissenschaftler eine rein kassenbezogene Sichtweise. Mit der Folge, dass bestehende kassenartenbezogene Ungleichgewichte in den Untersuchungsszenarien des Wissenschaftlichen Beirats – wenn überhaupt nur – am Rande thematisiert werden.

Regionale Strukturunterschiede

Übereinstimmung gab es auf dem Podium vor allem zur Frage der Relevanz von regionalen Strukturunterschieden für die Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs. Regionale Einflussgrößen, so die einhellige Meinung der Podiumsteilnehmer, sind für die Krankenkassen exogen, das heißt nicht beeinflussbar. Professor Ulrich unterschied zwischen nachfrageseitigen und angebotsseitigen Faktoren. Zu den ersteren gehören (1) die im Morbi-RSA nicht berücksichtigten Krankheiten, (2) Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten, (3) die soziale Schichtung, Beruf und Bildungsgrad der Versicherten, (4) Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger, Anzahl der Zuzahlungsbefreiten, (5) Bevölkerungsdichte, (6) Zahl der Pflegebedürftigen sowie (7) der Anteil der Migranten. Als angebotsseitige Faktoren nannte Ulrich (1) die Haus- und Facharztdichte, (2) die Anzahl der Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner, (3) die Erreichbarkeit von Ärzten und Krankenhäusern sowie (4) das Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte.

Unterschiedliche Auffassungen gab es bei der Bezugsebene der Versorgungsstrukturkomponente. Während Professor Ulrich und die Ersatzkassen Ausgleichsbedarfe auf der Ebene der Landkreise sehen, plädiert das Bayerische Gesundheitsministerium eher für einen Bundesländerbezug, das heißt für eine Art Landesfinanzausgleich in der GKV.

Fest zu halten bleibt, eine Unterdeckung bei der Geldzuweisung aus dem Gesundheitsfonds trifft nur in zweiter Linie das „untergedeckte“ Bundesland. Primärer Leidtragender ist die betroffene Krankenkasse. Das heißt, die Deckung der Fehlbeträge stellt für sie bereits jetzt eine erhebliche beziehungsweise kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Wenn sich dieser Zustand im Wettbewerb mit den Konkurrenten weiter verschärft, sind sogar Insolvenzen nicht ausgeschlossen. Fazit: die fehlerhafte Geldverteilung durch den Morbi-RSA bedroht im schlimmsten Fall den Bestand einer Krankenkasse. Das können weder die Aufsichten noch die politisch Verantwortlichen wirklich wollen. Insofern ist eine Reform des Morbi-RSA unabwendbar notwendig.

DIE PODIUMSDISKUSSION: (v. l. n. r.) Verena Nold (Santésuisse), Prof. Volker Ulrich (Uni Bayreuth), Frank Plate (BVA), Ralf Langejürgen (vdek), Anne-Katrin Klemm (BKK DV), Ruth Nowak (StMGP) und Nikolaus Nützel (BR).

RALF LANGEJÜRGEN begrüßt die Teilnehmer des Fachforums.

Reformvorschläge der Ersatzkassen

Ralf Langejürgen erinnerte die Teilnehmer des Fachforums an die Reformvorschläge der Ersatzkassen, die schnell umgesetzt werden können, um die Verwerfungen in der GKV-Finanzierung wirkungsvoll abzubauen. Ziel ist es, den Morbi-RSA wieder einfacher, unbürokratischer und präziser zu machen.

Es geht um die Änderung der Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl, die Einrichtung eines Hochrisikopools, die Streichung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner, die Abschaffung der Zuschläge für die Programmkostenpauschale bei Disease-Management-Programmen, die Neuregelung der Zuweisungen für die vorwiegend im Ausland lebenden Versicherten und ganz wichtig, die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente, um regionale Kostenunterschiede auszugleichen.

In seinem Schlusswort brachte Ralf Langejürgen die große Hoffnung der Ersatzkassen zum Ausdruck, dass trotz der noch offenen Koalitionsverhandlungen in Berlin und trotz der noch nicht absehbaren Regierungskonstellation baldmöglichst der Weg für eine nachhaltige Morbi-RSA-Reform geöffnet wird. Dafür wird auch die Unterstützung der Länder benötigt. Sie werden im Endresultat wohl das Zünglein an der Waage sein. Auf jeden Fall muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich dringend reformiert werden. Die Zeit drängt und die aktuellen Rahmenbedingungen müssen schnellstmöglich angepasst werden.

ERHEBLICHER REFORMBEDARF

Die Krankenhauslandschaft in Bayern muss umstrukturiert werden

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft schlägt Alarm: 44 Prozent der Krankenhäuser im Freistaat fürchten, in diesem Jahr rote Zahlen zu schreiben, 30 Prozent rechnen mit einer schwarzen Null und lediglich 26 Prozent mit Überschüssen.

FOTO ferkelraggae – stock.adobe.com

Auf der Suche nach den Ursachen für die Misere lohnt es sich einen Blick in den jährlich erscheinenden Krankenhaus Rating Report des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Er liefert empirisch abgesicherte Erkenntnisse über den Krankenhaussektor. Darin kommen die Forscher zu zwei Kernaussagen. Erstens, es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Lage und den Krankenhausstrukturen. Und zweitens, die Betriebsgröße einer Klinik (Bettenanzahl) sowie der Spezialisierungsgrad sind die größten Einflussfaktoren auf das wirtschaftliche Ergebnis.

Genau diese beiden Problemfelder haben sich in den zurückliegenden Jahren in Bayern hartnäckig verfestigt. Denn der Freistaat hat bundesweit nicht nur die höchste Krankenhausdichte, sondern auch den größten Anteil kleiner Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten. Als langfristig überlebensfähig gelten aber die Krankenhäuser ab 200 Betten.

Zu hohe Krankenhausdichte

Die Krankenhausdichte in Bayern liegt bei 246 Krankenhäusern pro 10 Millionen Einwohner. In Sachsen kommen lediglich 179 Krankenhäusern auf 10 Millionen Einwohnern und nennenswerte Klagen über „Unterversorgung“ im stationären Bereich sind nicht bekannt. Auch im Vergleich mit den westlichen Flächenländern fällt die hohe Dichte an stationären Einrichtungen in Bayern auf: Baden-Württemberg (200 Krankenhäuser pro 10 Millionen Einwohner), Nordrhein-Westfalen (195 Krankenhäuser pro 10 Millionen Einwohner) und Hessen (191 Krankenhäuser pro 10 Millionen Einwohner).

Zu viele kleine Krankenhäuser

Was den Anteil der kleinen Krankenhäuser anbetrifft, kämpfen vor allem Bayern und Baden-Württemberg mit kleinteiligen Strukturen. Mit Anteilen von 57 beziehungsweise 56 Prozent stehen die beiden Südländer hier einsam an der Spitze. Dagegen weisen Nordrhein-Westfalen und Hessen nur Anteile von 25 beziehungsweise 45 Prozent auf.

Die fast unvermeidliche Konsequenz: Der Anteil der defizitären Krankenhäuser liegt im Freistaat mit 36 Prozent, laut RWI Krankenhaus Rating Report 2017, deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (30 Prozent).

Bessere Zukunftschancen schaffen

Die Krankenhauslandschaft in Bayern muss dringend neu strukturiert werden, um zukunftsfähig zu bleiben. Eine solche grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen muss ein besonderes Augenmerk auf die Größe der Betriebseinheiten legen. Weitere Konzentrationen werden mittelfristig unvermeidlich sein. Nicht nur um nicht mehr konkurrenzfähige Kleinstkrankenhäusern vom Markt zu nehmen, sondern vor allem auch, um den verbleibenden Krankenhäusern bessere Chancen im marktwirtschaftlichen Wettstreit um eine bessere Qualität zu eröffnen. Vor allem im Blick auf eine wirtschaftliche und zugleich qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung muss hier dringend gehandelt werden.

TELEMEDIZIN

Pilotprojekt zur Erhöhung der Behandlungsqualität beim Schlaganfall

Ein innovatives und ehrgeiziges Pilotprojekt zur Optimierung der Schlaganfallversorgung bei indizierter Thrombektomie hat die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen gemeinsam mit dem Schlaganfallnetzwerk TEMPiS in der Region Süd-Ost-Bayern gestartet.

Das Projekt unter dem Namen „Flying Interventionalist" hat zum Ziel, die Versorgung von Schlaganfallpatienten bei akutem ischämischen Schlaganfall und Gefäßverschluss mittels kathetergestützter Gerinnselentfernung, der sogenannten Thrombektomie zu verbessern. Dafür wird ein Einsatz von „fliegenden Interventionsteams" im TEMPiS-Gebiet organisiert. Im Rahmen des auf 39 Monate befristeten Projekts soll der Nachweis erbracht werden, dass dieses Konzept bessere Behandlungsergebnisse erzielen kann als die bisherige Verlegung von Patienten in spezialisierte Zentren. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt begleitend.

Bislang wurde die Thrombektomie bei den für diese Behandlung identifizierten Patienten in hochspezialisierten Kliniken (neurovaskuläres Zentrum) durchgeführt. Dafür mussten die Patienten mittels eines Rettungstransports dorthin gebracht werden.

Dezentraler Einsatz

Da derzeit erfahrene Neuroradiologen, die die fachliche Befähigung zur Durchführung von Thrombektomien besitzen, vielerorts fehlen und im TEMPiS-Gebiet nur zwei neurovaskuläre Zentren (in München und Regensburg) vorhanden sind, entwickelte das TEMPiS-Netzwerk einen dezentralen Ansatz. Er sieht vor, dass ein Team von interventionellen Neuroradiologen ihr Können direkt zu den Patienten in den ländlichen Gegenden bringt. Diesem Team steht ein ADAC-Helikopter mit Pilot zur Verfügung. Erkennt ein TEMPiS-Telekonsilarzt mittels Videountersuchung, dass bei einem Patienten eine Thrombektomie erforderlich ist, wird der Interventionalist alarmiert und unverzüglich in die entsprechende TEMPiS-Satellitenklinik geflogen. Dort wird der Patient therapiert, ohne dafür in eine spezialisierte Klinik verlegt zu werden, und danach in der dortigen Stroke Unit weiter betreut.

Die Projektbetreiber erwarten eine signifikante Verbesserung der Versorgung der Schlaganfallpatienten, weil diese deutlich schneller behandelt werden können als bisher. Die Rede ist von einer Zeitersparnis von durchschnittlich mehr als einer Stunde gegenüber der herkömmlichen Behandlung. Nach den neuesten Studien hängt der Erfolg der mechanischen Thrombektomie im Wesentlichen von einer möglichst kurzen Zeitspanne von Beginn der Symptome bis zur Durchführung der Therapie („time is brain") ab.

Mehr Behandlungsqualität

Man rechnet damit, dass das Team der für die Eingriffe vorgesehenen fliegenden Interventionalisten zeitnah auch die erforderliche Routine durch die entsprechend häufige Durchführung dieser Behandlungsmethode entwickeln wird. In der TEMPiS-Region Süd-Ost-Bayern werden rund 280 Thrombektomien pro Jahr erwartet. Damit kommen auf jeden Interventionalisten etwa 52 Eingriffe pro Jahr. Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft fordert als Qualitätskriterium eine Mindestanzahl von 50 Interventionen pro Klinik.

Aus Sicht der Krankenkassen stellt das Pilotprojekt eine sinnvolle Fortentwicklung der bisherigen telemedizinischen Versorgungskonzepte für die Schlaganfallpatienten in Bayern dar. Insbesondere die Qualitätsaspekte der Versorgung, die in diesem Projekt im Vordergrund stehen, machen es förderwürdig. Deshalb investieren die Krankenkassen in dieses Pilotprojekt mehr als zwei Millionen Euro jährlich.

Sollte das Pilotprojekt die gesteckten Ziele erreichen, wird es zur messbaren Steigerung der Behandlungsqualität von Schlaganfallpatienten führen. Das wäre auch ein großer Erfolg im Sinne und Interesse der potentiellen Patienten, deren Zahl in Bayern bereits jetzt bei mehr als 40.000 Menschen im Jahr liegt, Tendenz steigend.

FOTO Inselney – stock.adobe.com

SELBSTHILFE

Förderung auf Rekordhöhe

Die Selbsthilfebewegung ist zu einem unentbehrlichen Teil des medizinischen Versorgungssystems geworden. Die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern stärken die gesundheitsbezogene Selbsthilfe in diesem Jahr mit einem neuerlichen Rekordbetrag.

FOTO mapoli-photo – stock.adobe.com

Insgesamt rund 7,9 Millionen Euro (2016: 6,7 Millionen Euro) kommen den Selbsthilfegruppen, den Landesorganisationen der Selbsthilfe und den Selbsthilfekontaktstellen zu gute. Dies entspricht einer Steigerung zum Vorjahr von knapp 18 Prozent.

Der Großteil der Fördersumme geht mit 3,9 Millionen Euro (2016: 3,4 Millionen Euro) direkt an die Betroffenen in den 2.250 Selbsthilfegruppen in Bayern. Die durchschnittliche Förderhöhe pro Selbsthilfegruppe beträgt 1.750 Euro (2016: 1.517 Euro). In den Selbsthilfegruppen schließen sich Betroffene und ihre Angehörigen in Eigeninitiative zusammen, um durch gegenseitige Hilfe die Folgen chronischer Erkrankungen zu meistern.

Das unbürokratische Förderverfahren für die Selbsthilfegruppen organisieren bayernweit 13 Regionale Runde Tische. Ihre Tätigkeit wird 2017 mit 653.000 Euro unterstützt (2016: 580.000 Euro).

31 Selbsthilfekontaktstellen in Bayern erhalten in diesem Jahr 2,1 Millionen Euro (2016: 1,7 Millionen Euro) für Ihre wichtige Arbeit. Die Selbsthilfekontaktstellen unterstützen in den Regionen die Selbsthilfegruppen bei der Gründung und der täglichen Arbeit, sind Ansprechpartner für alle an der Selbsthilfe Interessierten, vermitteln Betroffene und bieten Schulungen an. Gleichzeitig fördern die Selbsthilfekontaktstellen die Kooperation der Selbsthilfegruppen untereinander sowie die Zusammenarbeit mit Ärzten, Apotheken, Kliniken und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens.

Für die vielfältigen Aufgaben der 55 Landesorganisationen der Selbsthilfe stellen die Krankenkassen 2017 mehr als 1,1 Millionen Euro (2016: eine Million Euro) zur Verfügung. Die Landesorganisationen der Selbsthilfe beraten und vernetzen die angeschlossenen Selbsthilfegruppen, sie organisieren Schulungen, Seminare, Konferenzen und Tagungen für Ihre Mitglieder. Sie erstellen Informationsmaterialien und nehmen als Interessenvertreter der Selbsthilfe zu wichtigen gesundheits- und sozialpolitischen Themen Stellung.

PALLIATIVMEDIZIN

Ambulante Hospizdienste erhalten mehr Fördergelder

FOTO Alexander Raths – stock.adobe.com

Seit Jahren engagieren sich die Ersatzkassen für den Aufbau der palliativmedizinischen Versorgung in Bayern. Ein Schwerpunkt waren dabei von Anfang an die ambulanten Hospizdienste. Sie betreuen sterbende Menschen zu Hause. Zu ihren Aufgaben gehört es, den Patienten ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen, aber auch betroffene Familien zu entlasten und palliativ-pflegerisch zu beraten. Dafür stehen entsprechend ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung.

Mit mehr als 3,4 Millionen Euro wollen die Ersatzkassen in Bayern die ambulanten Hospizdienste in diesem Jahr fördern. Im Jahr zuvor waren es rund drei Millionen Euro. Nicht nur die Fördersumme, sondern auch die Anzahl der zu fördernden ambulanten Hospizdienste ist 2017 gegenüber dem Vorjahr gestiegen, und zwar von 101 auf 111.

Insgesamt werden die bayerischen ambulanten Hospizdienste mit voraussichtlich 12,1 Millionen Euro gefördert. Das sind 1,6 Millionen Euro mehr als 2016 oder ein Plus von 15 Prozent. Rechnerisch bekommt ein ambulanter Hospizdienst im Durchschnitt 109.000 Euro. Es ist ein Zuwachs von 10 Prozent im Vergleich zum Jahr 2016.

Die Fördergelder werden für Aus- und Weiterbildung des Personals und für die Sachkosten wie Mieten, Versicherungen und Fahrtkosten verwendet.

PRÄVENTION

Sucht als Krankheit verstehen Projekt SAM hilft gefährdeten alten Menschen

Im Rahmen des Projektes SAM – Suchtgefährdete Alte Menschen der Stadtmission Nürnberg versuchen Pflegekräfte und -einrichtungen gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen den richtigen Umgang mit einer Suchterkrankung zu finden.

Text: Raffaele Nostitz

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei älteren Menschen ist ein weit verbreitetes Phänomen. Nach offiziellen Statistiken sind etwa 400.000 der über 60-Jährigen in Deutschland alkoholabhängig, und etwa 10 Prozent der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen haben einen problematischen Alkoholkonsum. Eine Medikamentenabhängigkeit, insbesondere von Schlaf- und Schmerzmitteln, besteht nach Schätzungen gar bei 25 Prozent aller über 70-Jährigen. Eine große Herausforderung für die Einrichtungen – und ein Feld mit dringendem Handlungsbedarf.

Tabuthemen aufbrechen

„Das sind jedoch absolute Tabuthemen“, sagt Sozialpädagogin Erica Metzner, Leiterin des Suchthilfezentrums der Stadtmission Nürnberg. „Zum einen herrscht eine gewisse Handlungsangst bei den Pflegekräften. Schließlich sollen die Persönlichkeitsrechte der Bewohner respektiert werden. Zum anderen sehen auch Angehörige bei auffälligem Verhalten oft weg und sagen sich, der Betroffene ist halt so, weil er alt ist.“

Am Suchthilfezentrum stiegen die Anfragen von ambulanten und stationären Einrichtungen im Umgang mit Suchterkrankten in den letzten Jahren immer weiter an. Das nahm Metzner zum Anlass, das Projekt SAM ins Leben zu rufen. SAM ist Ende 2016 mit einer Laufzeit von drei Jahren gestartet. Die Einrichtungen erhalten von der Stadtmission Coachings, um eine Leitlinie für ihr Haus zu entwickeln: Wie steht die Einrichtung als Ganzes zur Suchtproblematik? Wie können Risiken und Risikofälle wahrgenommen und dokumentiert werden?

Aktiv mitwirken

„Es geht um die Prozessgestaltung“, sagt Projektleiterin Beate Schwarz, ebenfalls ausgebildete Sozialpädagogin. „Die Einrichtung definiert für sich: So geht unser Dienst mit Suchtfällen um.“ Pflegekräfte werden im Anschluss an die Leitlinienarbeit zum konkreten Umgang mit den betreuten alten Menschen geschult:

FOTO Stadtmission Nürnberg

LEITLINIEN ALS ORIENTIERUNG im Dickicht der Umgangsmöglichkeiten mit dem Suchtthema.

Wie verhalte ich mich? Wie kann ich den Konsum oder die Risiken ansprechen?

Auch eine Angehörigengruppe wurde ins Leben gerufen. Die Teilnehmenden erhalten Entlastung und Unterstützung in ihrer schwierigen Rolle als engste Bezugspersonen – und oftmals einzige Sozialkontakte der Betroffenen. Ihnen wird auch vermittelt, wie sie Verhaltensweisen umsetzen können, die sie selbst stärken. Eine ehrenamtliche Helferin, die früher selbst suchtabhängig war, bringt zudem ihre Erfahrungen in die Gruppe ein.

Nicht über, sondern mit den Betroffenen zu entscheiden müsse das Ziel sein, sagt Metzner. Sie sieht es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an, Sucht als Krankheit, als eine psychische Erkrankung, zu sehen und bei Betroffenen aus der Falle der Schuldzuschreibungen und der Abwertung herauszukommen. Denn mit einer Krankheit kann man umgehen, und sie ist behandelbar. „Es gibt allerdings keinen Umgang mit Sucht, ohne das Kind beim Namen zu nennen“, ergänzt Schwarz.

BÜCHER

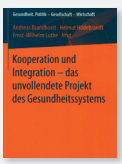
Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser war 2015 schlechter als im Vorjahr. Neun Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, die Ertragslage blieb unverändert. Der Krankenhausstrukturfonds trägt bereits zur Strukturoptimierung bei. Innovationen bei der Digitalisierung und Robotik könnten helfen, den demografischen Wandel zu bewältigen und mit weniger werdendem Fachpersonal steigende Patientenzahlen zu versorgen. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommen die Autoren.

Augurzky, Krolop, Pilny, Schmidt, Wuckel
Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?
2017, 220 S., € 349,99
medhochzwei Verlag, Heidelberg

Bezahlbare Versorgungsformen

Eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und bezahlbare Versorgung ist zukünftig nur möglich, wenn sich das deutsche Gesundheitswesen grundlegend wandelt. Wohin die Reise gehen sollte, zeigen die Gesundheitssysteme anderer Länder: Deutschland braucht den Übergang zu einer integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung mit einer stärkeren dezentralen Verankerung der Prozesse und Strukturen. Die Autoren zeigen auf, wie es in Richtung regionaler, integrierter Versorgungsformen weitergehen könnte.



Brandhorst, Hildebrandt, Luthe (Hg.)
Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems
2017, 624 S., € 69,99,
Springer Fachmedien, Wiesbaden

KURZZEITPFLEGE

Spürbare Verbesserungen für Betroffene

Die bayerische Landespflegesatzkommission hat im Herbst 2017 einen wegweisenden Beschluss zum Ausbau der Kurzzeitpflege gefasst. Ziel des Beschlusses ist es, die festgestellten Versorgungsengpässe, vor allem in Urlaubs- und Ferienzeiten, zu überwinden. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für diesem wichtigen Versorgungsbereich wurden auf den Prüfstand gestellt und im Ergebnis deutlich verbessert.

Die Ersatzkassen erhoffen sich nunmehr eine steigende Anzahl von fest zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätzen, um die Versorgungssituation zum Wohle der Versicherten und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen zu verbessern.

Unter der Überschrift „fix plus x“ können Pflegeheime künftig Kurzzeitpflege zu deutlich verbesserten Konditionen abrechnen, wenn sie sich vertraglich verpflichten, eine je nach Einrichtungsgröße definierte Mindestplatzzahl dauerhaft und verbindlich ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorzuhalten. Mit Abgabe der Verpflichtungserklärung können auch weitere, sogenannte eingestreute Plätze – je nach Bedarf – mit den verbesserten Konditionen abgerechnet werden.

Da die neue Regelung zu höheren Preisen führt, vergrößert sich auch die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag der Pflegekasse durch dem Eigenanteil der Pflegebedürftigen. Um diese Belastung zu erleichtern, prüft das Bayerische Gesundheitsministerium derzeit entsprechende Fördermöglichkeiten.

2018

Ein spannendes Jahr

FOTO Vjom – stock.adobe.com

Neugierig und erwartungsvoll schauen wir auf das kommende Jahr. Noch wissen wir nicht, wie nach den Bundestagswahlen die neue Regierung aussehen wird. Welchen Kurs wird der Bund in der Gesundheitspolitik einschlagen? Werden die dringlichen Reformprojekte in Angriff genommen? Welche Weichenstellungen wird die Landtagswahl in Bayern bringen? Wird es in Sachen GKV-Finanzierung und Morbi-RSA endlich die notwendigen Reformschritte geben? Im Interesse der Versicherten und Patienten kann man nur hoffen, dass rasch und gezielt gehandelt wird. Die GKV braucht mehr Wettbewerbsgerechtigkeit und eine solide Finanzierungsgrundlage für alle Krankenkassenarten.

Unseren Lesern wünschen wir ein friedliches Weihnachtsfest, beste Gesundheit und viel Glück im Jahr 2018.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a, 80634 München
Telefon 0 89 / 55 25 51-0
Telefax 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail LV-Bayern@vdek.com
Redaktion Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen
Druck Kern GmbH, Bexbach
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4045