

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **GESUNDHEITSPOLITIK** Gute Pläne? | **PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG** Gute Zusammenarbeit | **KRANKENHÄUSER** Gute Qualität? | **ERSATZKASSENFORUM** Gute Gespräche

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2013

LANDESAUSSCHUSS

Kampf gegen Keime

FOTO vdek



BESUCH: LA-Vorsitzender Dr. Christoph Vauth (links) und vdek-Leiter Karl Nagel mit Dr. Sylvia Offenhäuser.

Um Keime und Hygiene ging es in der Sitzung des Landesausschusses am 19. August 2013. Zu Gast war Frau Dr. Sylvia Offenhäuser, Infektionsschutzreferentin beim Senator für Gesundheit und Vertreterin im MRSA-Netzwerk Bremen. Sie berichtete den Mitgliedern der Ersatzkassen unter Leitung des neuen LA-Vorsitzenden Dr. Christoph Vauth (hkk) über die Bremer Anstrengungen im Kampf gegen gefährliche Klinikkeime. Unter anderem sind im Landesaktionsprogramm Krankenhaushygiene Hygieneaudits vereinbart worden. Ein erstes Probeaudit hat inzwischen stattgefunden und wird derzeit ausgewertet. Alle zwei Jahre sollen die einzelnen Krankenhäuser genauer untersucht werden. Klar wurde, dass vor allem Fachpersonal fehlt. Die Ausbildung zum Hygiene-Facharzt dauert fünf Jahre und bundesweit gibt es derzeit keine verfügbaren Krankenhaushygieniker.

GESUNDHEITSPOLITIK

Erwartungen an die Koalition sind groß

Nach der Wahl haben CDU, CSU und SPD lange diskutiert, um ein Koalitionsprogramm abzustimmen. Auch die Gesundheitspolitik war heiß umstritten. Jetzt konnte eine Einigung errungen werden. Die Koalition folgt in vielen Punkten Vorschlägen, die auch der vdek formuliert hatte. Doch es gibt auch Kritik.

Der vdek hatte im Vorfeld der Bundestagswahl Forderungen aufgestellt, mit denen die Ersatzkassen auf die großen Herausforderungen für die Gesellschaft reagieren: Steigende Lebenserwartung, älter werdende Bevölkerung, Geburtenrückgang, all dies hat Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, denen heute bereits begegnet werden muss, damit die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse der Menschen von morgen erfüllt werden können.

So fordert der vdek eine verbesserte Qualität der medizinischen Versorgung in allen Sektoren, um eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Dies ist durch viele verschiedene Stellschrauben möglich: Dazu gehört, dass alle Medikamente und Therapien konsequent einer Nutzenbewertung unterworfen werden sollten, denn nur ein wirklicher Mehrwert darf sich auch lohnen. Die Koalitionäre wollen nun immerhin alle Medikamente bewerten, die nach dem 1.1.2011 auf den Markt gekommen sind.

Finanzielle Anreize für medizinisch nicht notwendige Eingriffe in

Krankenhäusern müssen beseitigt werden, sind sich Politiker und vdek einig. Der Weg dahin ist jedoch umstritten, Mehrleistungsabschläge will die Koalition bei guter Qualität erlassen, die Ersatzkassen wollen überhaupt nur gute Qualität bezahlen (siehe auch Artikel S. 5). Zur besseren Aufklärung der Patienten will die Koalition eine regelhafte Zweitmeinung möglich machen. Zudem sollen ein Transplantations- und ein Implantatregister mehr Sicherheit und Qualität bei Operationen gewährleisten.

Termine innerhalb einer Woche

Im ambulanten Bereich soll die bestehende Vergütungsbeschränkung bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung aufgehoben werden. Dies wird die Verträge weiter verteuern, befürchten die Ersatzkassen. Facharzttermine sollen Patienten künftig durch eine zentrale Servicestelle innerhalb einer Woche erhalten. Zudem ist geplant, den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu verbessern, indem eine Koordinierungsfunktion



Gelegenheit jetzt nutzen

FOTO vdek



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Die Wähler haben entschieden, aber wohin steuert die neue Regierung in der Gesundheitspolitik? Selbst wenn jetzt nach zähem Ringen die Koalitionsvereinbarung steht und falls sich alle Parteien dafür aussprechen sollten, bleibt ein fader Nachgeschmack. In vielen Punkten konnten sich die drei Parteien zwar einigen. Zum Teil war dies kein Wunder: Pflegebedürftigkeitsbegriff und Präventionsgesetz liegen quasi in der Schublade. Doch ausgerechnet bei den schwierigen Themen Finanzierung der Pflege und individuelle Beitragssätze hakte es massiv. Das zeigt die großen ideologischen Gräben, die zwischen den Lagern herrschen. Hoffentlich führen diese nicht dazu, dass heiße Eisen im Regierungsgeschäft nicht angepackt werden.

Ob eine Große Koalition für die Gesundheitspolitik von Vor- oder Nachteil ist, muss sich noch zeigen. Einerseits gibt es keine Opposition mehr, die unsinnige Gesetzesentwürfe blockieren kann. Andererseits kann die Regierung nun zeigen, wie sie gute Reformansätze umsetzt. Die Große Koalition muss nun beweisen, ob die Koalitionsvereinbarung das Papier wert ist, auf dem sie geschrieben steht. Wichtig ist, dass sie die drängenden Probleme (Krankenhausreform, Pflege, ambulante Versorgung) zügig angeht, denn vier Jahre sind eine kurze Zeit für solch weitreichende Themen.



der Krankenkassen das Entlassmanagement der Krankenhäuser ergänzt.

Auch in der Pflege wird sich einiges tun. Die bereits vorbereitete Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit fünf statt drei Pflegestufen soll von der neuen Regierung umgesetzt werden. Daneben plädiert der vdek auch für eine Dynamisierung von Pflegeleistungen. Das sehen die Koalitionspartner mittlerweile ebenso. Spätestens zum 1.1.2015 wird der paritätisch erhobene Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Darin enthalten sind 0,1 Prozentpunkte, mit denen ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut wird, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben auf dann insgesamt 2,55 Prozentpunkte.

Eine andere grundsätzliche Forderung des vdek betrifft die Stärkung der Selbstverwaltung: In Deutschland treffen die an der Versorgung Beteiligten – Ärzte, Kliniken und Krankenkassen – maßgebliche Entscheidungen im Gesundheitswesen selbst. Sie handeln auch die Verteilung der finanziellen Mittel und die Leistungsansprüche aus. Das Selbstverwaltungsprinzip bietet die besten Voraussetzungen für eine hochwertige und bezahlbare medizinische Versorgung aller Versicherten.

Das geht jedoch nur, wenn die Finanzierung wieder in die Hände der Selbstverwaltung gegeben wird. Die Ersatzkassen hatten stets eine Rückkehr zum kassenindividuellen, einkommensabhängigen Beitragssatz gefordert. Die Koalitionäre wollen nun den allgemeinen, von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten Beitragssatz bei 14,6 Prozent festsetzen. Ein Zusatzbeitrag soll künftig als prozentualer Satz vom Einkommen erhoben werden. Allerdings sieht der vdek die geplante Festbeschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 7,3 Prozent kritisch, weil die Versicherten dadurch künftige Ausgabensteigerungen allein schultern müssen.

Einnahmen werden sinken

Alle Pläne stehen selbstverständlich noch unter Finanzierungsvorbehalt. Die Nachricht, dass das Finanzpolster im Gesundheitssystem bis 2015 abschmelzen wird und damit der neuen Regierung kein zusätzliches Geld zur Verfügung steht, kam während der Verhandlungen jedoch nicht wirklich überraschend: Schon lange hat auch der vdek gewarnt, dass auf absehbare Zeit die Ausgaben steigen und die Einnahmen durch ein Ende des bisherigen Beschäftigungswachstums sinken werden. Darauf wird auch eine zukünftige Große Koalition durch eine kluge Politik reagieren müssen. ■



FOTO Technikerkrankeklasse

KOALITIONSVERTRAG: Vieles hängt wie immer am Geld.

HERZCHIRURGIE

Mehr Katheter statt OP am offenen Herzen

FOTO DAK-Gesundheit



Patienten mit schwerer Aortenklappenverengung, die aufgrund ihres Alters und ihrer Begleiterkrankungen nicht mehr am offenen Herzen operiert werden können, haben die Alternative, per Katheder ein Aortenklappenimplantat (TAVI) gesetzt zu bekommen. In Bremen wurde dieses Implantat 2012 rund 200 Mal eingesetzt. Wurden 2008 bundesweit 529 Eingriffe mit der Kathedertechnik durchgeführt, waren es 2012 bereits 9.156 Fälle mehr. Die Zahl der Operationen (herzchirurgischer Aortenklappenersatz) nahm nur um 881 Fälle ab. Medizinisch ist diese Steigerung nicht zu erklären und auch bedenklich. Nur wenn die nötigen Qualitätskriterien eingehalten werden, ist der minimalinvasive Eingriff eine gute Alternative. Daher hat der vdek zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie eine Qualitätsvereinbarung abgestimmt. Darin ist eine korrekte Indikationsstellung enthalten, sowie strukturelle Anforderungen, wie z.B. eine Abteilung für Herzchirurgie, die den Patienten im Falle einer Komplikation rettet. Damit wollen die Ersatzkassen die Versicherten vor vermeidbaren Komplikationen und schlechter Qualität schützen. Um diese Vereinbarung für die Kliniken verpflichtend einzuführen, bedarf es einer Richtlinie, die der G-BA erlassen muss.

DREI FRAGEN AN CHRISTOPH MAASS

„Meistens sind Auffälligkeiten bei der Plausibilitätsprüfung nur Fehler bei der Abrechnung“

vdek Bei der Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V prüft die KV Bremen, ob die Abrechnung der Ärzte im budgetierten Bereich realistisch ist. Zweifel und Fragen werden in der Plausibilitätsprüfungskommission geklärt, in der KV, Krankenkassen und ihre Verbände sitzen. Wie läuft die Zusammenarbeit?

Christoph Maaß Die Zusammenarbeit im Lande Bremen gestaltet sich sehr gut. Hier ist die KV auch auf die Mithilfe der Kassen angewiesen, weil Rezeptverordnungen, stationäre Abrechnungen und Tod eines Versicherten etc. der KV nicht bekannt sind und durch die Zusammenführung aller Unterlagen ein „Gesamtbild“ entsteht.

vdek Wie oft findet die KV Auffälligkeiten und wie oft erfolgt eine Anhörung, die eventuell in einer Strafanzeige mündet?

Christoph Maaß Sind Abrechnungen auffällig geworden, so bedeutet dies nicht automatisch, dass Leistungen nicht vergütet werden. Es besteht lediglich ein Anfangsverdacht. Der betroffene Vertragsarzt hat die Möglichkeit, seine Argumente für die Plausibilität seiner Abrechnung vorzubringen. Wenn die Unrichtigkeit der Abrechnung jedoch nachgewiesen wurde, kommt es zu Honorarrückforderungen bzw. –berichtigungen bis zu vier Jahre rückwirkend. In den letzten zwölf Monaten haben wir bereits etliche Plausibilitätsverfahren in Zusammenarbeit mit den Kassen durchgeführt, die zu Honorarrückforderungen geführt haben. Einige wenige wurden gemeinsam mit der GKV-Prüfgruppe bei der Staatsanwaltschaft Bremen zur Anzeige gebracht. Die Staatsanwaltschaft kommt ins Spiel, wenn ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung be-

CHRISTOPH MAASS bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bremen zuständig für die Plausibilitätsprüfung



FOTO KKH/B

steht. Zum Beispiel, wenn ein Arzt in einem nicht unerheblichen Maße genehmigungspflichtige Akupunkturleistungen nicht persönlich erbracht hat, oder Besuche in einem Altenheim abgerechnet wurden, die gar nicht stattgefunden haben.

vdek Im budgetierten Bereich schädigen sich die Ärzte oft selbst, wenn sie nicht korrekt abrechnen. Sind das eher bewusste Manipulationsversuche oder einfach Fehler?

Christoph Maaß Es stimmt, fehlerhafte Abrechnungen Einzelner gehen auf Kosten der Allgemeinheit. Geld, das zu viel an einzelne Vertragsärzte ausgezahlt wird, fehlt in der Honorarverteilung. Zurückgeforderte Mittel stehen daher wieder der Honorarverteilung zur Verfügung. Bei Honorarrückforderungen aus extra-budgetärer Vergütung wird der Betrag an die Kassen erstattet. Meistens stellen wir fest, dass es sich um Fehler handelt; sei es durch falsche EDV-Einstellung oder Falschinterpretation von EBM-Ziffern. Diejenigen, die mit Absicht betrügen, müssen mit einem Disziplinarverfahren oder sogar mit einem Strafverfahren rechnen. Die Prüfungen dienen somit zum Schutz der ordnungsgemäß abrechnenden und unauffälligen Mitglieder und letztendlich dem Schutz des für die Abrechnung geltenden Vertrauensprinzips.

Ohne Maßnahmen droht ein hohes Defizit

Die vier Kliniken der Gesundheit Nord (GeNo) arbeiten defizitär. Im vergangenen Jahr wurde ein Minus von 34 Millionen Euro im laufenden Geschäft erwirtschaftet. Zusammen mit fehlenden Investitionskosten droht bis 2017 ein Minus von 136 Millionen Euro.

Zur Analyse der Situation und zur strategischen Gegensteuerung hat die Holding der kommunalen Häuser einen „Zukunftsplan 2017“ erarbeitet. Die Mitglieder des Landesausschusses der Ersatzkassen waren am 11. November 2013 zu Gast bei der Geschäftsführung der GeNo und haben sich den Plan erläutern lassen, mit dem die Arbeit in den Kliniken strukturell verbessert, wirtschaftlicher abgewickelt und das Image der Häuser verbessert werden soll.

Ausgangspunkt war die Frage nach den Ursachen des Defizits. Der Keimbruch im Klinikum Bremen-Mitte, durch den 2011 drei Frühchen starben, hat zu einem Vertrauensverlust geführt, der auch auf die anderen Häuser der Gesundheit Nord abgefärbt und zu einem Rückgang der Fälle geführt hat. Diesen Rückgang der Einnahmen nennt die GeNo als einen der Gründe für das erwirtschaftete Defizit. Ein weiterer Grund seien die gestiegenen Personalkosten.

Der Maßnahmenplan der GeNo sieht dazu unter anderem vor, 70 Stellen abzubauen. Gleichzeitig sollen die Häuser durch gut ausgebildetes Personal und hohe Qualität das Vertrauen der Patienten zurückgewinnen und somit ihre Erlöse wieder verbessern. Zudem setzt die Holding auf eine verstärkte Spezialisierung. Das Klinikum Bremen-Ost soll beispielsweise das Darmkrebszentrum und die Versorgung von adipösen Patienten vorhalten. Im Klinikum Links der Weser soll das Herz- und Gefäßzentrum angeboten und die Herzchirurgie erweitert werden. Außerdem will man die hochspezialisierte ambulante Versorgung

nach Paragraph 116b SGB V ausbauen. Geplante Behandlungsabläufe in den Kliniken sollen die Prozesskosten senken und auch andere Bereiche, wie die Verwaltung und der Einkauf sollen besser strukturiert und gesteuert werden.

Bereits in 2014 will sich die GeNo mit diesen Maßnahmen im rein operativen Geschäft (ohne Zins- und andere Lasten) von einem 13,5 Millionen-Defizit aus 2012 befreit haben und bis 2017 sogar ein Plus von 12,3 Millionen Euro schreiben.

Probleme sind intern

Die vier Kliniken der Gesundheit Nord haben für die Behandlung der Patienten im vergangenen Jahr rund 450 Millionen Euro von den Krankenkassen erhalten; der Landesbasisfallwert ist bundesweit der Viertehöchste. Somit ist es nicht die Vergütung, sondern es sind die Strukturen und Prozesse der Kliniken, die zur aktuellen Situation geführt haben. Dies belegen auch die positiven Ergebnisse der freien Kliniken.

Da zu dem vorgestellten Konzept allerdings keine konkreten Umsetzungsschritte und Zeitpläne bekannt sind, bleibt nur zu hoffen, dass es plausibel, nachhaltig und realisierbar ist. Zudem müssen sich die geplanten Maßnahmen in die Gesamtstruktur einfügen. Mit 778 Betten auf 100.000 Einwohner hat Bremen die höchste Betten-dichte bundesweit. Für die Krankenkassen ist daher der Blick auf die gesamte Versorgung in Bremen wichtig: „Wie finden sich Versorgungsstrukturen, die effizient sind und dazu beitragen, dass die Versicherten mit hoher Qualität versorgt werden?“ ■

Zukunft der Klinikreform bleibt unklar

Das Thema ist so alt wie immer noch aktuell: Die Klinikreform in Bremerhaven. Trotz einiger Bewegung bleibt weiter unklar, an welchem Krankenhaus welche Strukturen angeboten werden sollen. Die Bremer Landesvertretung des vdek sprach mit Bremerhavener Gesundheitspolitikern.

2011 hatte eine Absichtserklärung festgehalten, dass die DRK-Klinik am Bürgerpark und das katholische St. Joseph-Hospital (JoHo) fusionieren sollten. Doch stattdessen hat das DRK-Haus das JoHo übernommen. Damit war die Ausgangslage geändert und die politischen Gespräche in der Seestadt wieder bei Null.

Der vdek warnte in seinen Gesprächen, dass eine zügige Lösung nötig sei, da die Konkurrenz der privaten Krankenhausträger im niedersächsischen Umland nicht schlafe. „Die Absichtserklärung sollte nur modifiziert werden“, betonte Peter Bahlo, vdek-Referatsleiter stationäre Versorgung. Er hoffte, dass neben einer Reduzierung der Betten auch sinnvolle Verschiebungen von einzelnen Stationen zwischen den Häusern zustande kommen: „Da sind Visionen gefragt.“

Die Politik befürchtet, dass das kommunale Krankenhaus Reinkenheide im Wettbewerb um die lukrativsten Stationen unterliegen könnte, und wünscht sich einen Plan. Wie dieser aus Kassensicht aussehen könnte, wird derzeit vom vdek gemeinsam mit den anderen Kassen und -verbänden im Land Bremen entwickelt. Die Zeit drängt. Die intransparente Situation und mangelnde Kommunikation verunsichern das Klinikpersonal und haben zu einer Kündigungswelle geführt. Die Versorgung der Patienten muss aber sichergestellt werden. Der vdek wird daher die Gespräche fortsetzen, um die Reformbemühungen erneut anzuschieben – diesmal hoffentlich erfolgreich.

KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Kurzfristiges Wahlgeschenk

Der Geldsegen kam rechtzeitig vor der Bundestagswahl. Anfang August trat das Beitragsschuldengesetz in Kraft, das den Kliniken bis 2014 bundesweit 1,265 Milliarden Euro extra beschert. Den Großteil des Wahlgeschenks trägt die gesetzliche Krankenversicherung.

FOTO: Techniker Krankenkasse



AM TROPF STAATLICHER INVESTITIONSHILFEN: Kommunale Kliniken

Für Bremen bedeutet das eine Finanzspritze von 13,91 Millionen Euro. 8,25 Millionen Euro entfallen auf den Versorgungszuschlag. Die Kliniken können ihre Rechnungen pro Fall pauschal um ein Prozent erhöhen. Abschläge, die sie bei vereinbarten Mengenausweitungen hinnehmen müssen, werden so zurückgegeben. Insbesondere die Häuser profitieren, die ihre Leistungen nicht steigerten. Sie erwarten keine Zuschläge und erhalten zusätzliches Geld.

Ein weiterer Teil des Geldes fließt ins Personal. Die Krankenkassen übernehmen damit einen Teil der diesjährigen Tariflohnsteigerungen von Pflegekräften und Ärzten in den Krankenhäusern. Die Kassen zahlen die Hälfte jener Kosten der Tarifierhöhungen, die den Veränderungswert übersteigen. Das ergibt in Bremen einen Betrag von 1,65 Millionen Euro. Außerdem soll zusätzlich Geld im Rahmen eines Hygieneprogramms gegen gefährliche Keime eingesetzt werden. Dazu soll Personal wie Hygienebeauftragte

und Pflegekräfte eingestellt, qualifiziert und weitergebildet werden. Hierfür ist bis 2020 ein Budget von 4,01 Millionen Euro in Bremen geplant.

Änderungen werden rückwirkend für 2013 umgesetzt

Kassen und Krankenhäuser in Bremen haben sich darauf geeinigt, dass Änderungen in der Krankenhausfinanzierung mit den Budgetverhandlungen 2014 rückwirkend auch für 2013 umgesetzt werden, da die Verhandlungen hierzu bereits beendet waren, als das Beitragsschuldengesetz beschlossen wurde.

Die Finanzspritze wird nicht die Probleme der Krankenhäuser lösen. Auch das Land Bremen muss seiner Investitionsverantwortung nachkommen. Ansonsten schieben die Kliniken weiterhin Kassenmittel für Lohnkosten in Baumaßnahmen und neue Medizintechnik um, statt sie für die medizinische Versorgung der Patienten zu verwenden. ■

KRANKENHAUSREFORM

Kein Geld für schlechte Qualität



FOTO: Kaufmännische Krankenkasse

Schlechte Qualität im Krankenhausbereich soll nicht schlechter bezahlt, sondern gar nicht erst erbracht werden. Damit reagiert der vdek auf Pläne einer möglichen Großen Koalition, Kliniken stärker nach Qualität zu bezahlen. Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner forderte ein Umdenken in der Krankenhausplanung der Länder und in den Budgetverhandlungen mit den Häusern: „Qualität muss zum zentralen Maßstab werden.“ Um dies durchzusetzen und die Kapazitäten der Häuser besser zu steuern, müssen die Kassen mehr Mitspracherechte bekommen. So könnten medizinisch nicht indizierte Leistungen verhindert werden.

In Deutschland wird die Qualität gut gemessen, führt jedoch selten zu Konsequenzen. Das zeigte eine Studie des IGES Instituts, die im Auftrag des vdek die Qualitätsorientierung in ausländischen Kliniken untersucht hat. Schlechtere Qualität führt hierzulande praktisch nicht zu Sanktionen. Damit bleiben Qualitätsunterschiede ohne Konsequenzen. Im Ausland herrschen mehr Transparenz, Selbstkritik und Mut, schlechte Leistungen zu sanktionieren. Mut erhofft sich Elsner von der neuen Regierung: „Die große Koalition hat jetzt die einmalige Chance, die Weichen für eine große Krankenhausreform zu stellen.“

Senkung der Kaiserschnitttrate ist ein langer Weg mit vielen Stellschrauben

Bundesweit kommt jedes dritte Kind per Kaiserschnitt auf die Welt, so auch in Bremen – eine hohe Rate angesichts medizinischer Risiken. Die Bremer vdek-Landesvertretung hat das Thema im Ersatzkassenforum 2013 aufgegriffen. Am Ende stand fest: Gut, dass wir miteinander gesprochen haben.



BLICK INS PUBLIKUM: (1. Reihe von rechts) Priv.-Doz. Dr. Carsten Oberhoff, Prof. Dr. Petra Kolip und Stefan Wöhrmann.

Mehr als 80 Besucher kamen zu der Veranstaltung am 26. Juni. Der Fachtag reihte sich ein in das vor einem Jahr geschaffene Bremer Bündnis zur Förderung der natürlichen Geburt, einer bundesweit einmaligen Allianz von Geburtshelfern, Kassen und Politik. Vor allem Hebammen waren zum Forum gekommen, aber auch Ärzte und Vertreter der Krankenkassen. Sie wollten hören, wie die Kaiserschnitttrate in Bremen gesenkt werden kann. Doch die Antworten waren, wie das Thema, nicht einfach.

So stellte Prof. Dr. Petra Kolip, ehemalige Bremer Wissenschaftlerin, die aktuelle bundesweite Bertelsmann-Studie vor, die sich unter ihrer Leitung mit dem Thema befasst hatte. Herausgekommen war ein Flickenteppich von großen regionalen Unterschieden zwischen 17 Prozent in Dresden und 51 Prozent in der Pfalz. Kolips Resümee: Nicht die Risikofaktoren wie

Alter oder Adipositas haben zugenommen, aber der Umgang der Geburtshelfer damit hat sich verändert. Bei den sogenannten relativen Indikationen wie Beckenendlage oder vorhergegangenem Kaiserschnitt wird der Entscheidungsspielraum immer wieder ausgenutzt.

Doch das Forum zeigte auch, dass es anders gehen kann: Steffi Gülzow, Hebamme am Diakonissenkrankenhaus Dresden mit einer Rate von 13,8 Prozent (2011), berichtete von ihren Erfahrungen. Hier wird auch bei Beckenendlage eine vaginale Geburt versucht, die Geburt wird erst ab der 42. Woche eingeleitet, der Personalschlüssel wurde heraufgesetzt, und vor allem: Ärzte und Hebammen haben eine andere Kultur der Zusammenarbeit. „Die Hierarchie ist flacher als woanders, wir Hebammen dürfen vieles selbst machen.“

Personalausstattung und Entlohnung spielten auch in der anschließenden Diskussion eine große Rolle. Dass eine Aufstockung des Personals nicht immer im Interesse der Krankenhausträger sei, bestätigte Stefan Wöhrmann, Abteilungsleiter stationäre Versorgung des vdek. „Man müsste für eine bessere Bezahlung der Hebammen das Geld umschichten, doch das sehen Krankenhaus-Ökonomen anders als Geburtshelfer. Ein Umdenken ist nötig, jedoch langwierig.“

Am Ende der Veranstaltung stand die Erkenntnis, dass für die Senkung der Kaiserschnitttrate noch an vielen Stellschrauben gedreht werden muss. ■

Weiterhin genug Ärzte in Bremen



FOTO: Techniker Krankenkasse

Vor einem Jahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie für Ärzte und Psychotherapeuten beschlossen. In Bremen ist trotzdem fast alles beim Alten geblieben. Das Land besteht immer noch aus zwei Planungsbezirken. Zudem liegt für fast alle Arztgruppen eine Überversorgung vor. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat Zulassungssperren beschlossen. Ausgenommen: Hausärzte in Bremerhaven (zwölf Sitze) und physikalische und rehabilitative Mediziner (4,5 Sitze).

Damit drohe keine Unterversorgung, stellte der Landesausschuss fest. Für einen Strukturfonds, wie ihn der Gesetzgeber ermöglicht, fehle im Land Bremen die Grundlage.

Die Patientenvertreter im Landesausschuss forderten eine stärkere Berücksichtigung von sozialräumlichen Aspekten. Kassen und KV betonten jedoch, dass weitere Reglementierungen niederlassungswillige Ärzte abschrecken. Zudem konnte die in Bremen-Nord diskutierte schlechte Versorgung mit Hausärzten nach den vorliegenden Zahlen nicht nachvollzogen werden. Die dortige Versorgung ist mit 115,8 Prozent geringfügig besser als in Bremen-Stadt gesamt (113,3 Prozent). Der Versorgungsgrad mit Kinderärzten ist mit 126,2 Prozent ausreichend (Bremen-Stadt gesamt 163,7 Prozent).

Einmal geprüft, alles gut

FOTO Techniker Krankenkasse



Prävention ist derzeit in aller Munde, nicht zuletzt durch den gescheiterten Versuch des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Bahr, ein Präventionsgesetz durchzusetzen. Das Gesetz konnte nicht vor der Wahl verabschiedet werden. Dennoch beginnt ab dem 1. Januar 2014 eine neue Ära in der Vorsorge: die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) nimmt ihre Arbeit auf.

Qualität spielt für die Krankenkassen eine große Rolle in der Prävention, die sich auch in dem gemeinsamen Leitfaden widerspiegelt. Allerdings wurden die Präventionskurse und ihre Anbieter bislang von jeder Kasse einzeln geprüft. Dies soll sich nun ändern. Ab 2014 prüft eine gemeinsame Stelle, die ZPP bundesweit zentral und kassenartenübergreifend. Die beteiligten Kassen und Kassenarten haben sich verpflichtet, die Prüfungen anzuerkennen. In einem ersten Schritt kooperieren die Ersatzkassen mit dem BKK-Dachverband, verschiedenen Innungskrankenkassen, der Knappschaft und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Damit ist die ZPP zuständig für über 40 Millionen Versicherte. Weitere Kassen können sich anschließen.

Für die Anbieter von Präventionskursen hat eine zentrale Prüfung viele Vorteile: Kursleiter können kostenfrei einen Antrag stellen, woraufhin die ZPP nach den gesetzlichen Maßgaben die Qualifikationen und Konzepte einmalig prüft und die Ergebnisse in eine Datenbank stellt, auf die die beteiligten Kassen zugreifen können. Alle drei Jahre sollen die Prüfungen wiederholt werden, aber Doppelprüfungen entfallen künftig.

Der Anfang der Datenbank ist bereits gemacht, indem schon geprüfte Kurse und Leiter aus den Datensätzen von TK, IKK classic und BKK zusammengeführt wurden. Später, wenn die Sammlung von zertifizierten Kurskonzepten und Leitern im Präventionsbereich aufgebaut ist, können auch die Versicherten direkt davon profitieren: Sie können sich noch einfacher bei ihrer Kasse nach geeigneten Yoga-Kursen oder Anti-Raucher-Seminaren in ihrer Nähe erkundigen.

Grippeimpfung

Pünktlich zum Oktober wurde in Bremen der Grippeimpfstoff für die Saison 2013/2014 ausgeliefert. In diesem Jahr war der Impfstoff in Bremen erstmals ausgeschrieben worden. Mit nur wenigen Tagen Verzögerung kamen die 113.000 Impfdosen in Bremer Apotheken und Arztpraxen an. Damit konnte der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfzeitpunkt eingehalten werden.

Mehr Geld für Hörhilfen

Seit dem 1. November bekommen Patienten von den Kassen mehr Geld für ihre Hörhilfen erstattet. Gleichzeitig gelten höhere Qualitätsanforderungen. Der vdek hat in diesem Zusammenhang einen neuen Versorgungsvertrag mit der Bundesinnung für Hörgeräteakustiker für qualitativ hochwertige Hörgeräte ohne Aufpreis abgeschlossen.

Mehr Geld für Arzneimittel

Knapp zwei Milliarden Euro mehr Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2014 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbart. Daneben einigten sie sich auf eine rückwirkende Anpassung der Ausgaben im laufenden Jahr um 0,6 Prozent. Grund hierfür: die Erhöhung des Apothekenabschlages und die Einführung einer Notdienstpauschale für Apotheken.

Kein Zusatzbeitrag in 2014

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds haben sich im laufenden Jahr weiterhin positiv entwickelt. Auch für das Jahr 2014 geht das Bundesministerium für Gesundheit davon aus, dass die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 199,6 Mrd. Euro durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Durchschnitt vollständig gedeckt werden. Dementsprechend wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag, der die Grundlage für den steuerfinanzierten Sozialausgleich bildet, auch 2014 bei 0 Euro liegen.

Ambulante Hospizförderung

Damit schwer kranke Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Geborgenheit bleiben können, haben die ambulanten Hospizdienste von den Bremer Krankenkassen in diesem Jahr 403.157 Euro erhalten. Die Ersatzkassen tragen als größte Kassenart im Land mit 43 Prozent den Hauptanteil der Förderung.

BÜCHER

Klinikalltag in „patientendeutsch“

Deutschlands Kliniken haben einen der höchsten Standards weltweit. Trotzdem gibt es immer wieder Berichte über unnötige OPs, Hygienemängel, Behandlungsfehler, Abrechnungsbetrug. Viele Patienten fühlen sich in einem unpersönlichen Klinikbetrieb verloren. Der Autor erklärt die ungeschriebenen Gesetze des Klinikalltags für den Patienten verständlich. In diesem Werk erfährt der Leser, wie und ob man als Kassenspatient gut behandelt wird und wie man sich als Patient im deutschen Gesundheitssystem zurechtfindet.



Dr. med. Paul Brandenburg
Kliniken und Nebenwirkungen
Überleben in Deutschlands Krankenhäusern
2013, 206 Seiten, € 11,99
FISCHER Scherz, Frankfurt a.M.

Zukunft des Gesundheitswesens

Glauben Sie, dass Sie sich eine umfassende Gesundheitsversorgung im Jahr 2020 noch leisten können? Gesundheit ist unser höchstes Gut – es darf keine Zeit vergeudet werden, weil die gesellschaftlichen Herausforderungen drängen und gleichzeitig unsere Ressourcen begrenzt sind. Das Buch wendet sich an alle, die sich um die Zukunft unseres Gesundheitswesens Gedanken machen. Die Herausgeber fordern eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung. Die Zeit ist reif für einen Masterplan Gesundheitswesen 2020.



Dr. B. Klein und M. Weller (Hrsg.)
Masterplan Gesundheitswesen 2020
2012, 225 S., € 39,-
Nomos Verlagsgesellschaft

SELBSTHILFE

Neuer Leitfaden ab 2014

Wer chronisch krank ist, braucht neben Medizin und Therapie auch Gespräche und Verständnis. All dies können Selbsthilfegruppen bieten. Dieser Bedeutung sind sich die Krankenkassen bewusst und fördern daher seit Jahren die gesundheitliche Selbsthilfe mit zuletzt bundesweit 43,3 Millionen Euro. Damit auch in Zukunft das Geld dort ankommt, wo es benötigt wird, haben die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Leitfaden zur Selbsthilfeförderung von 2009 aktualisiert.

Ab 2014 gilt die Neufassung, zu der die Bremer Krankenkassen eine Broschüre veröffentlicht haben. Hier wird vorgestellt, was sich bei der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung und der kassenindividuellen Projektförderung in Bremen ändert. Zum Beispiel ist die Grenze für einen vereinfachten Pauschalbeitrag auf 500 Euro angehoben worden. Wer mehr Geld für die Gruppe benötigt, muss dies in einer detaillierten Kalkulation nachweisen. Für die Förderung eines Projektes sind ein Finanzierungsplan sowie ein Eigenanteil nötig.

Mit der Überarbeitung des Leitfadens wollen die gesetzlichen Krankenkassen das Antrags- und Förderverfahren einfacher und dennoch rechtssicher gestalten. Dazu gehören klare Fristen für die Antragsbearbeitung sowie konkretere Bestimmungen zu den Fördervoraussetzungen und den Verwendungsnachweisen.

Die Bremer Broschüre und die aktuellen Formulare sind kostenfrei bei allen beteiligten Kassen und im Internet erhältlich, z.B. unter www.vdek.com/LVen/BRE/Vertragspartner/Selbsthilfe.html

STERBEBEGLEITUNG

Hospiz in Bremen-Nord

Foto: Charité - Fotolia.com



Ein zweites stationäres Hospiz in Bremen-Nord startet zum 1.1.2014. Nach längerer Suche nach einem geeigneten Ort war im Mai der Grundstein für das Haus in Trägerschaft der Johanniter gelegt worden. Auf dem Gelände der ehemaligen Tagungsstätte „Haus Hügel“ entstehen derzeit acht Plätze für Sterbenskranke und zwei Angehörigenzimmer. Das Hospiz trägt den Namen Lilge-Simon-Stift, nach der Ärztin Ruth Simon-Lilge, die durch ihr Vermächtnis den Bau erst möglich gemacht hat. Rund 2,5 Millionen Euro sind für den Neubau veranschlagt. Zehn Prozent der laufenden Kosten müssen die Johanniter selbst aufbringen, der Rest wird von den Krankenkassen übernommen. 2002 war das erste Bremer Hospiz „Brücke“ im Bremer Westen eingeweiht worden.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061