

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen | KOMMENTAR Versorgungsstrukturgesetz | ELEKTRO- NISCHE GESUNDHEITSKARTE Potenzial noch nicht ausgeschöpft

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2011

AUS DEM VDEK

Neue Mitglieder- versammlung des vdek



FOTO: vdek

WIEDERGEWÄHLT Verbandsvorsitzender Christian Zahn (li.) mit Vorstandschef Thomas Ballast

Am 4. November 2011 hat sich die neue Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) konstituiert. 34 ehrenamtliche Vertreter der Mitglieds-kassen werden bis zu den nächsten Sozialwahlen 2017 über die Grundsätze der vdek-Politik beschließen und die Entscheidungen des hauptamtlichen Vorstandes überwachen. Durch die Fusionen mit Kassenarten aus dem BKK- und IKK-Lager sind nun erstmals 27 Versicherten- und sieben Arbeitgebervertreter im „Parlament“ des vdek. Verbandsvorsitzender Christian Zahn wurde gleichzeitig in seinem Amt bestätigt. Er betonte, für den Verband würde jetzt eine neue Ära beginnen. „Die traditionell stark ausgeprägte Vertretung der Interessen der Versicherten wird um die Interessen der Arbeitgeber ergänzt. Ich bin mir sicher, dass die Ersatzkassengemeinschaft davon profitieren wird.“ (bit)

VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ

Große Chance vertan, kleine Chancen nutzen

Vieles ist in letzter Zeit zum geplanten Versorgungsstrukturgesetz (VStG) gesagt worden, dabei ist noch gar nicht sicher, was genau dort festgelegt wird. Und was sich zum Beispiel im Einzelnen an der Bremer Versorgungslage ändert, bleibt abzuwarten.

Text: Birgit Tillmann

Mitte Oktober gab es eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages, in der Experten aus dem Gesundheitswesen ihre Kritik am Entwurf äußerten. Sie hoffen, dass ihre Änderungsvorschläge Niederschlag finden in der endgültigen Version, die am 2. Dezember in 2. und 3. Lesung den Bundestag passieren und am 16. Dezember im Bundesrat abschließend beraten werden soll.

Auch wenn die Regierung prinzipiell auf dem richtigen Wege ist – ganz zufrieden können die Ersatzkassen nicht mit den Regelungen sein. Es wurde die Chance vertan, das Problem der Überversorgung anzugehen. So hatten die Kassen mehr Maßnahmen erwartet, die die massiv vorhandene Überversorgung abbauen. Das VStG sieht zu einseitig die Unterstützung der ländlichen Regionen vor. Tatsache ist allerdings, dass nach dem derzeitigen Begriff der Über- und Unterversorgung nur zwei Regionen in ganz Deutschland als unterversorgt zu gelten haben.

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, sagte in der Anhörung am

19. Oktober 2011, die Kassen hätten sich gewünscht, dass in überversorgten Regionen geringere Punktwerte angesetzt würden. Dies steht zwar noch im Gesetzesentwurf, wird aber wohl nicht ins Gesetz aufgenommen. Zudem müsste der Ankauf von Praxissitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen konsequenter umgesetzt werden.

Ballast warnte allerdings auch vor der Gefahr, wenn die Bedarfsplanung wieder auf die Länderebene zurückgegeben wird. Neue Richtlinien hierfür soll der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser im Laufe des Jahres 2012 erarbeiten. Ziel soll es sein, sowohl die Planungsbezirke neu zu bestimmen als auch die aktuellen Messzahlen festzulegen. Danach sollen die Länder im Jahr 2013 die Bedarfsplanung vornehmen. Eine Flexibilisierung, so Ballast, sei zwar nötig und gut, doch es gelte zu verhindern, dass sich die Versorgungsniveaus in den Ländern dadurch auseinander entwickeln.

Was könnte eine solche Regionalisierung für Bremen bedeuten? Hier ist, wie in allen Großstädten Deutschlands, keine



KOMMENTAR

Zukunftssichere Konzepte sind gefragt



von
KARL L. NAGEL
Leiter der vdek-Landes-
vertretung Bremen

Ob das neue Versorgungsstrukturgesetz seinen Namen wirklich verdient, bleibt noch zu beweisen. Gute Ansätze zur Bekämpfung der ungleichen und ungerechten Verteilung der Ärzte werden leider nicht umgesetzt. So gab es durchaus sinnvolle Überlegungen auch der Ersatzkassen, wie Ärzte aus überversorgten Gebieten durch Abschläge auf ihre Vergütung in unterversorgte Gebiete „geloct“ werden könnten. Doch die Ärztelobby setzte sich in Berlin durch, und so wurde diese Idee wieder gestrichen. Auch der Vorschlag, nach dem Kassenärztliche Vereinigungen überzählige Praxen aufkaufen „müssen“, wurde in ein weiches „sollen“ verwandelt. Nun werden viele Hoffnungen in die neue Bedarfsplanung gesetzt, die im kommenden Jahr für 2013 konzipiert werden soll. Doch es kann keine Lösung sein, per Neudefinition nahezu alle Gebiete für die Niederlassung zu öffnen. Und es reicht auch nicht, sich auf reines „Ärzte zählen“ und „Patienten zählen“ zu versteifen. Nötig sind zukunftssichere Konzepte, wie der demographische Wandel langfristig im Gesundheitswesen abgebildet werden kann. Die veränderte Altersstruktur unserer Gesellschaft muss sich in einer veränderten Versorgungsstruktur widerspiegeln. Doch ob das kommende Versorgungsstrukturgesetz dies leisten kann, wird sich zeigen.



allgemeine Unterversorgung festzustellen, auch wenn es bezogen auf einzelne Facharztgruppen (Psychotherapeuten z.B.) in einigen Stadtteilen weniger Angebote gibt als in anderen. Doch wenn man die Gesamtzahlen betrachtet, gibt es bei fast allen Facharztgruppen in Bremen eine mehr als hundertprozentige Versorgung, und auch bei Hausärzten ist keine Unterversorgung festzustellen.

Praxisankauf muss mehr genutzt werden

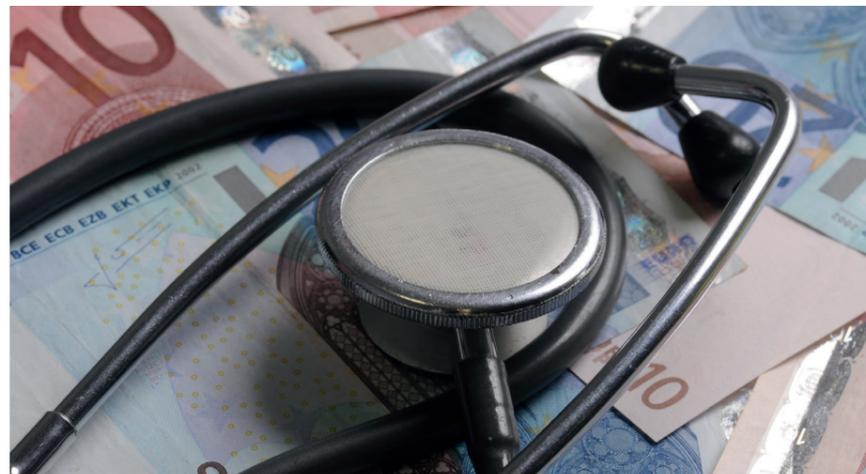
Mit einer zukünftigen kleinräumigeren Bedarfsplanung werden auch die Bedarfe wachsen, doch wie kann sicher gestellt werden, dass diese Bedarfe auch erfüllt werden? Für die Versicherten wäre daher eine Steuerung der Niederlassungspraxis wünschenswert. Der künftig größere Spielraum und Einfluss der Länder in der Versorgungsplanung muss aber auch genutzt werden, um zum Beispiel Anreize für Fachärzte zu schaffen, sich in Stadtteilen niederzulassen, die mit einer geringeren Arztdichte ausgestattet sind. Ob der Ankauf von Arztpraxen in überversorgten Stadtteilen tatsächlich in ausreichendem Maße praktiziert wird, muss sich noch zeigen, da die Kassenärztliche Vereinigung dies aus eigener Finanzierung (und damit letztlich auf Kosten der Krankenkassen) vornehmen muss.

Die ambulante spezialärztliche Versorgung gemäß §116b SGB V, die geplante

dritte Säule der medizinischen Versorgung neben der ambulanten und der stationären Säule, ist ein weiteres strittiges Thema beim VStG. Diese hat in der Ärzteschaft in Bremen für Aufregung gesorgt. Denn die Fachärzte fürchten nicht nur besondere Nachteile im Vergleich zu den Möglichkeiten der Krankenhäuser. Die kommunalen Kliniken in Bremen werden zudem auch durch die zuständige Gesundheitsbehörde sowohl kontrolliert als auch strategisch beeinflusst. Es sind Befürchtungen zu hören, dass die Behörde mithilfe des VStG eine zusätzliche „Klinikfinanzierung durch die Hintertür“ betreibt.

Bei Bund und Ländern deutet sich hier ein Kompromiss an: Danach könnte der Versorgungsbereich enger gefasst und auf Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufe, seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen beschränkt werden. Die Ersatzkassen betonen aber, dass Doppelstrukturen vermieden werden müssen. Eine mögliche Lösung, die nun im Gespräch ist, wäre die Bereinigung des ambulanten fachärztlichen Budgets um die Leistungen des §116b SGB V. Eine Bereinigung der Krankenhausbudgets ist allerdings nicht vorgesehen.

Jetzt ist es Sache der Vertragspartner, die kleinen Chancen der flexiblen Ausgestaltungsmöglichkeiten zu nutzen, um die ärztliche Versorgung den tatsächlichen regionalen Bedürfnissen anzupassen. ■



VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ Mehr Geld für Ärzte auf dem Land?

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Bremen ist seit zehn Jahren bundesweit Vorreiter

2011 ist für die Brustkrebs-Früherkennung in Bremen ein gutes Jahr: Seit zehn Jahren gibt es hier die verdachtsunabhängige Reihenuntersuchung. Damit gehört Bremen zu den Vorreitern des Screenings.

Text: Birgit Tillmann



MAMMOGRAPHIE Die Gäste des Festaktes lauschen den Vorträgen im Schütting

Gefeiert wurde am 5. Oktober im festlichen Rahmen: Im Schütting hörten und sahen 120 Gäste neben Grußworten und schauspielerischen Einlagen einiges über Geschichte, Entwicklung und Zukunft des Mammographie-Screenings. So gab es ein Wiedersehen mit Dr. Hans Junkermann, Leiter des Modellprojektes ab 2001. Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen, der das Screening in Bremen maßgeblich auf den Weg gebracht hatte, hielt den Festvortrag (siehe auch Interview auf den folgenden Seiten). Daneben berichteten der leitende Arzt des Bremer Programms, Daniel Krastel, und Dr. Gerold Hecht, Leiter des Referenzzentrums Nord, über aktuelle Zahlen.

Mammographie an drei Standorten

Durch systematische Reihenuntersuchungen per Röntgenstrahlen soll das Sterblichkeitsrisiko für Brustkrebs gesenkt werden. Insgesamt wurden vom Bremer Mammo-Programm in zehn Jahren über

230.000 Untersuchungen vorgenommen.

Alle zwei Jahre werden alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren aus Bremen und dem niedersächsischen Umland verdachtsunabhängig zur Untersuchung eingeladen. Diese erfolgt in qualitätskontrollierten Screening-Einheiten von besonders geschulten Fachkräften. Anschließend wird jede Röntgenaufnahme von zwei Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Der Frau wird das Ergebnis zügig mitgeteilt. Zur Screening-Einheit Bremen gehören mittlerweile drei Standorte: Bremen-Stadt (Medicum, Schwachhauser Heerstraße 50), Bremen-Nord (Sedanplatz) und seit 2006 Verden (Rosenweg 9).

Nachdem im Jahr 2001 in Bremen, Weser-Ems und Wiesbaden drei Modellprojekte gestartet waren, wurde das Programm seit April 2005 stufenweise flächendeckend ausgebaut, so dass heute 94 Screening-Einheiten bundesweit die Früherkennung durchführen. Träger des Programms sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. ■

EHEC

Bremer Krankenhaus-Kosten sind umstritten

Die letzten Patienten mit dem EHEC-Virus sind lange aus den Krankenhäusern entlassen, nun folgen die Abrechnungen – auch im Land Bremen. Im Vergleich zu anderen Bundesländern mussten im Stadtstaat relativ wenige Patienten versorgt werden. Doch auch hier sind Mehrkosten aufgelaufen, die die Krankenhäuser nun von den Krankenkassen fordern. 251 Bremer EHEC-Fälle mit 2434 stationären Tagen meldete die Landeskrankenhausgesellschaft. Dabei sollen Mehrkosten von 1,23 Millionen Euro aufgelaufen sein – Geld, das nicht über die reguläre Abrechnung über die Fallpauschalen eingefordert werden kann. Die Kliniken beanstanden, sie hätten besondere Quarantäne- und Hygieneanforderungen erfüllen müssen, Zimmer nur einzeln belegen können und viele teure Beatmungsstunden für die schwerstkranken EHEC-Patienten mit HUS benötigt.

Die Bremer Krankenkassen können diese Fallzahlen nicht nachvollziehen. Nach ihren vorläufigen Hochrechnungen wurden nur 125 bis 130 Menschen mit EHEC behandelt. Sie fordern nun nach Krankenhäusern aufgeteilte Zahlen. Dann könne man eventuell auf die Rückzahlung der Mehrerlösausgleiche durch EHEC verzichten, so der vdek. Im Gegenzug dürfe die gesonderte Betrachtung der entsprechenden Fälle im Gegenzug nicht zu Mindererlösausgleichen führen. Auch ist ein Verzicht auf die Realisierung des Mehrleistungsabschlags für diese Leistungen denkbar. Dafür sind aber entsprechende Nachweise nötig. Eine Landesvereinbarung soll es nicht geben. (bit)

INTERVIEW

„Wir sind noch lange nicht da, wo wir hin müssen“

Mamma-Screening soll das Brustkrebsrisiko für ältere Frauen senken. Der Mathematiker Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen sorgte dafür, dass das Programm in Bremen vor zehn Jahren startete. Ein Rückblick mit Ausblick.

Interview: Birgit Tillmann

vdek Zehn Jahre Mammographie-Screening in Bremen – ist das aus Ihrer Sicht eine Erfolgsstory?

Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen Ja, ich freue mich sehr, dass sich Deutschland nach vielen Querelen als eines der letzten Länder im westlichen Europa entschieden hat, das Screening durchzuführen. Ich bin auch ein bisschen stolz darauf, dass Bremen Vorreiter war. Der Beitrag, den Bremen damals mit diesem sehr umstrittenen Modellprojekt geleistet hat, war mustergültig. Wir konnten beweisen: Es ist möglich, eine solche Reihenuntersuchung in sehr kurzer Zeit im deutschen Gesundheitsversorgungswesen einzuführen, die europäischen Leitlinien zu erfüllen und die Zielzahl zu erreichen.

vdek Hing es auch mit Ihrem MeVis-Institut zusammen, dass Bremen Modellregion wurde?

H.-O.P. Tatsächlich haben wir von MeVis-Research, dem Vorgänger von Fraunhofer MEVIS, den Antrag gestellt. Im Oktober 1998 gab es eine bundesweite Ausschreibung, und wir hatten nur etwas mehr als zwei Monate Zeit für die Entwicklung des Antrages und die Abstimmung mit den Institutionen der Stadt. Vieles, was wir uns vorgestellt hatten, war nicht einfach zu vermitteln. Das liegt daran, dass Mammographie-Screening etwas Besonderes ist. Medizinisch-ärztliche Leistung wird im Allgemeinen daran gemessen, ob sie Erfolg hat. Beim Mammographie-Screening geht es aber nicht um ein Individuum, sondern um eine Bevölkerungsgruppe, nämlich die 50- bis 70-jährigen, überwiegend gesunden

Frauen. Da ist die Frage nach dem Erfolg dieser Maßnahme sehr viel schwieriger zu beantworten. Ganz streng müsste man fordern, es ist dann ein Erfolg, wenn die Brustkrebs-Sterblichkeit nachweisbar gesunken ist. Die Prävalenzrate besagt, dass eine von neun Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt und eine von 29 Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs verstirbt. Aber den Erfolg eines Mammographie-Screenings durch Senkung der Brustkrebs-Sterblichkeit zu beweisen ist enorm aufwändig, kostet viel Geld, erfordert ein lückenloses Überwachungssystem, und es dauert natürlich Jahrzehnte.

vdek Reichen zehn Jahre, die wir hier in Bremen erreicht haben, aus, um eine statistische Aussage zu machen, wenn wir nicht die erforderliche 70 Prozent Teilnehmerquote erreichen?

H.-O.P. Das ist problematisch. Es gibt Studien, die in anderen Ländern vor Jahrzehnten mit erheblichen Anstrengungen im Hinblick auf Methoden und Qualität gemacht wurden. Zum Beispiel zeigten schwedische Untersuchungen eine Reduktion der Brustkrebs-Sterblichkeit durch Mammographie-Screening von ca. 30 Prozent. Wir stützten uns da aber auf Aussagen, die unter anderen Rahmenbedingungen gemacht worden sind als die, die wir heute haben. Man vergleicht zwei Populationen und zwei Methodiken, die man ganz streng genommen nicht vergleichen kann. Ich persönlich glaube an das Paradigma, dass durch Krebsfrüherkennung eine größere Chance auf Heilung besteht. Aber Früherkennung ist extrem anspruchsvoll, weil



Foto: Fraunhofer MEVIS

PROF. DR. HEINZ-OTTO PEITGEN

sich kleine Karzinome gut verbergen können oder sich noch wenig gegenüber Normalgewebe differenzieren. Dadurch kann es auch sein, dass der Befunder manchmal falsch liegt.

vdek Damit tauchen dann menschliche Probleme auf. Eine Frau, die einen falsch-positiven Befund bekommen hat, ist zunächst verunsichert und verärgert, wenn sich herausstellt, dass ihre Angst unbegründet war.

H.-O.P. Genau, daher müssen wir darauf achten, dass die Zahl der falsch-positiven Befunde nicht zu groß ist. Aber was heißt zu groß, wie viele falsch-positive Befunde müssen oder dürfen hingenommen werden? Diese Frage kann nicht wissenschaftlich beantwortet werden. Das ist eine Frage der Akzeptanz in der Gesellschaft, wie stehen die Betroffenen, also die Frauen, dazu? Dieser Aspekt ist in der ganzen Screening-Diskussion in Deutschland zu kurz gekommen. Man muss den betroffenen Frauen alles so verständlich machen, dass eine informierte Entscheidung ohne Druck möglich ist.

vdek Die Teilnehmerzahlen beim Bremer Mammographie-Screening liegen zwar mit etwa 62 Prozent über dem Bundesdurchschnitt von 54 Prozent, stagnieren aber seit

einigen Jahren. Was kann man daran verändern?

H.-O.P. Kräfte erlahmen leicht. Die Anfangsmühen, denen wir uns unterzogen haben, waren sehr intensiv. Wir sind jetzt in einer Phase, in der eine gewisse Normalität eingetreten ist. In anderen Ländern, wie den Niederlanden, geht man mit Screening immer noch sehr offensiv um. Wenn die Zielzahlen nicht erreicht werden, stellt man sich die Frage, wie sie erreicht werden können. Zum Beispiel, indem nicht nach alphabetisch sortierten Namenslisten, sondern nach Stadtteilen eingeladen wird, in der Hoffnung, dass dadurch Nachbarinnen darüber diskutieren, ob sie hingehen oder nicht. Man muss sich also überlegen, wie man, ohne Druck auszuüben, die Bewusstheit über die Sinnhaftigkeit von Mammographie-Screening erhöhen kann. Auch in den USA merkt man, dass die Frauen extrem gut informiert sind über Brustkrebs. Dort ist die Akzeptanz von Screenings so breit verankert, dass es hingenommen wird, wenn die Zahl der falsch-positiven Befunde vergleichsweise extrem hoch ist.

vdek Wie hoch ist diese Quote?

H.-O.P. Das kann man gut daran sehen, wie viele Frauen zu einer erneuten Untersuchung eingeladen werden. Die Holländer sind sehr rigide und wollen eine sehr geringe Wiedereinbestellungsrate von 1-2 Prozent nicht überschreiten. In Schweden sind es 3-5 Prozent, in den USA sind es 12-15 Prozent. In Deutschland ist bei der ersten Einladung die Quote sehr unterschiedlich gewesen, zwischen 1,5 und 10 Prozent, mit einer Häufung zwischen 3 und 7 Prozent. Machen wir uns klar, 3-7 Prozent bei 1000 Frauen bedeutet, dass 30 bis 70 Frauen wiedereingestellt werden, von denen aber, wenn wir die Prävalenz im Hinterkopf behalten, nur 8 bis 10 tatsächlich Brustkrebs haben. Oder anders ausgedrückt, der Rest ist wiedereingestellt worden mit einem falsch-positiven Verdacht. Andererseits, je mehr wiedereingestellt

werden, je kleiner man die Maschen im Screening-Netz macht, desto größer ist natürlich auch die Wahrscheinlichkeit, dass man alle findbaren Karzinome findet. Hier ist also eine zentrale Zweiteilung, die nur durch Akzeptanz aufhebbar ist.

vdek Ist der Qualitätsstandard in Deutschland einheitlich gut?

H.-O.P. Nein, sicher nicht. Unter den 94 Screening-Einheiten sind einige noch im Aufbau und andere sind schon seit vielen Jahren dabei, wie in Bremen. Welche wie gut abschneidet, z.B. wie viele kleine Tumore werden entdeckt, ist leider nicht veröffentlicht. Es wäre aber wichtig, die Erfolgskriterien zur Verfügung zu stellen und zu vergleichen. Deshalb ist es gut, dass wir Screening haben, aber wir sind noch lange nicht da, wo wir hin müssen.

vdek Gibt es ein bundesweites Evaluationsprogramm, damit man wirklich sagen kann, welche Screening-Einheiten besonders gut arbeiten und warum?

H.-O.P. Leider nein, nicht wie in Holland, dem Musterland des Mammographie-Screenings. Dort wurden ganz ähnlich wie hier in Deutschland regionale Screening-Einheiten aufgebaut, aber es wurde auch gleichzeitig von Anfang an eine ganz rigide nationale Qualitätskontrolle vorgenommen, mit der alles, was im Land passiert, ständig verfolgt und miteinander verglichen wird und die bei Fehlentwicklungen gleich einschreitet. Dieser zentrale Aspekt muss in Deutschland noch unbedingt kommen, und wie ich höre, macht man diesbezüglich große Anstrengungen und Fortschritte.

vdek Noch einmal zu den Anfängen: Sie sagten, die Einführung des Modellprojektes war sehr umstritten und ein Problem für das deutsche Gesundheitssystem. Warum?

H.-O.P. Um das zu erläutern, schauen wir noch einmal nach Holland. Dort existiert ein ähnliches Gesundheitssystem wie hier mit einer großen niedergelassenen Landschaft,

ZUR PERSON

Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen

wurde am 30. April 1945 bei Köln geboren, studierte Mathematik, Physik und Ökonomie. Professor für Mathematik und Biomedizinische Wissenschaften an der Universität Bremen und Florida Atlantic University. Gründete u.a. 1995 das interdisziplinäre Center for Medical Image Computing, MeVis Research (heute Fraunhofer MeVis). Einer der bekanntesten Chaosforscher, gilt als Innovator im Bereich der medizinischen Bildgebung.

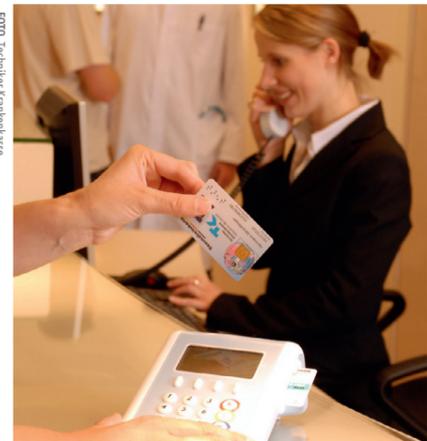
einem selbst organisierten Gesundheitssystem und einer guten Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Aber die Holländer haben das Screening außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelt, außerhalb dessen bezahlt und anders kontrolliert. In Deutschland wollte man das Screening einbetten in das bestehende Gesundheitssystem. Das war die besondere Herausforderung. Dieses selbst organisierte System war einerseits hilfreich, weil so am Ende eine breite Zustimmung bei den Ärzten möglich war. Andererseits war es unklug im Hinblick auf Qualitätssicherung, Verbesserung und Überwachung, die zwar möglich, aber sehr viel mühsamer sind. Damit das Screening weiterhin erfolgreich sein kann, würde ich mir eine wahrhaft unabhängige bundesweite zentrale Stelle wünschen, die auch die Befugnis hat, präzise in die Verhältnisse hineinzuschauen und unabhängige Berichte zu verfassen. Ich rechne allerdings nicht damit, dass so etwas kommen wird, eben weil das deutsche Gesundheitswesen ein selbstverwaltendes System der Ärzte und Krankenkassen ist. Der Bundesgesundheitsminister hat nur einen geringen Einfluss auf die Ausgestaltung des Systems. ■

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft

Lange geplant, jetzt umgesetzt: Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird seit Oktober ausgegeben. Bis 2013 soll sie die alte Krankenversicherungskarte ersetzen. Was kann die neue Karte, was nicht?

Text: Birgit Tillmann



DIE NEUE EGK Seit Oktober im Umlauf

Zunächst unterscheidet sich die neue von der alten Karte offensichtlich nur durch das Foto des Versicherten auf der Vorderseite und einen leistungsfähigeren Mikroprozessor. Gespeichert sind allerdings vorerst nur die Stammdaten, wie sie auch bislang hinterlegt sind: Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versicherungsstatus. Erst in einem nächsten Schritt soll auf die Karte online zugegriffen werden können, z.B. bei einer Adressänderung. Damit wollen die Kassen Kosten einsparen. Das Lichtbild soll den Missbrauch der Karte verhindern. Auf der Rückseite ist die Europäische Krankenversicherungskarte zur Behandlung im Ausland aufgebracht.

Das Potenzial der Gesundheitskarte ist damit jedoch nicht ausgeschöpft. In weiteren Ausbaustufen können Notfalldaten, wie Informationen über Vorerkrankungen, Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten, auf dem Chip gespeichert werden. Auch Hinweise zu Patientenverfügung oder

Organspende-Ausweis sind dann möglich.

In weiterer Zukunft sind der elektronische Arztbrief und die elektronische Fallakte mit Krankengeschichte, Laborbefunden und Röntgenaufnahmen denkbar. Damit könnten unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Doch wann diese Funktionen kommen, ist ungeklärt. Frühestens in vier bis fünf Jahren, heißt es bei Experten.

Fast alle Daten sind freiwillig

Wer nun den gläsernen Patienten befürchtet, dem sei versichert, dass nur die Speicherung der Verwaltungsdaten wie bisher für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtend ist. Weitere medizinische Informationen sind rein freiwillig und können auch jederzeit vom Versicherten wieder gelöscht werden. Behörden und Datenschützer versichern, dass kein Unbefugter die sensiblen Daten knacken kann.

In Arztpraxen und Krankenhäusern wird derzeit nachgerüstet, damit die neuen Karten überall eingelesen werden können. Ende Oktober 2011 hatten knapp 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bremen ein neues Lesegerät, die Zahnärzte erreichten einen Ausstattungsgrad von fast 100 Prozent.

Nun müssen allerdings noch die Krankenkassen nachziehen. Bis Ende des Jahres hat der Gesetzgeber die Kassen verpflichtet, zehn Prozent ihrer Versicherten mit der neuen Karte auszurüsten. Zügig könnte es danach weitergehen: Bis Ende 2012 sollen 70 Prozent aller Versicherten erreicht werden. ■

MELDUNG

Schulnoten für die Praxis: vdek-Arztlotse ist online

Urologe, Gynäkologin oder Psychotherapeut – wer einen Spezialisten oder Allgemeinmediziner in seiner Nähe sucht, hat jetzt gute Chancen, im Internet fündig zu werden. Der vdek-Arztlotse unterstützt bei der Suche nach dem passenden Doktor in Wohnortnähe und mit den gewünschten Qualifikationen. Werden in die Suchmaske die gewünschte Fachrichtung und Postleitzahl eingegeben, erscheint eine Liste mit möglichen Anlaufstellen. Detaillierte Suchanfragen können ebenfalls gestellt werden.

„Immer mehr Versicherte suchen sich ihren Arzt online und erwarten Informationsangebote von ihren Krankenkassen. Diesem Bedürfnis wollen wir mit einem nichtkommerziellen Informationsportal gerecht werden“, so begründet Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, den neuen Service.

Mehr als 240.000 Adressen zugelassener Ärzte und Psychotherapeuten umfasst das Arztverzeichnis des vdek und der teilnehmenden Ersatzkassen, das auf Daten der Stiftung Gesundheit basiert. Daneben wird über Zusatzqualifikationen, Spezialisierungen, Sprechzeiten oder Barrierefreiheit der Praxis informiert. Hinzu kommen über 150.000 Bewertungen von Patienten, die eine Orientierung geben können. Der vdek-Arztlotse setzt auf Meinungsvielfalt: Neben Schulnoten für Service und Erscheinungsbild der Praxis, Personal und Arzt kann in einem freien Kommentarfeld die Bewertung begründet werden. Dafür müssen sich die Nutzer nicht registrieren. Thomas Ballast stellt klar: „Schmähekritik und Ärzterankings wird es nicht geben!“ Dafür Sorge ein redaktioneller Filter, der die Kommentare vor Veröffentlichung prüft. Klar ist aber auch: Es handelt sich um subjektive Meinungen der Patienten. (bit)

MELDUNG

Förderung der ambulanten Hospizförderung

Ambulante Hospizhilfe wird in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft immer wichtiger. Diesem Anspruch kommen auch die gesetzlichen Krankenkassen nach, indem sie die ehrenamtlichen Hospizdienste finanziell unterstützen. In diesem Jahr wurde der Betrag erneut gesteigert: 342.413 Euro erhielten die ambulanten Dienste im Land Bremen – im Vergleich zum Jahr 2003 eine Vervierfachung der Fördersumme. Die Ersatzkassen als größte Kassenart in Bremen tragen mit 42 Prozent den Hauptanteil.

2010 wurde die Rahmenvereinbarung zur Förderung neu gefasst, was auch zu einer Höherbewertung der Sterbebegleitung von Kindern und damit zu einem weiteren Zuwachs der Zuschüsse geführt hat. Auch die Zahl der ambulanten Hospizdienste in Bremen hat sich gesteigert. Mittlerweile betreuen acht Dienste Sterbende zuhause. Zwar arbeiten die Sterbebegleiter ehrenamtlich. Trotzdem müssen die Hospizdienste unter fachlicher Leitung mindestens einer Pflegefachkraft mit besonderen Qualifikationen und Berufserfahrung stehen, die die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter sicherstellt.

Dazu Karl Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen: „Das Engagement der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer für diese gesellschaftlich so wichtige Aufgabe ist vorbildhaft. Ihnen gelten hohe Anerkennung und unser Dank.“ (bit)

AUS DEM VDEK

Sozialwahl 2011: Gleichbleibende Beteiligung

Das Endergebnis der Sozialwahl 2011 steht fest. Deutlich hat sich dieses Mal bei der Wahlbeteiligung gezeigt, dass der Abwärtstrend der letzten Wahl 2005 gestoppt werden konnte: Auch dieses Mal wählten etwa 30 Prozent der Wahlberechtigten die Zusammenstellung der Selbstverwaltungsparlamente der Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen. Nach Auszählung aller Stimmen ergibt sich auf Bremen bezogen folgendes Bild: Bei den Ersatzkassen waren die Versicherten der Techniker Krankenkasse mit 34,86 Prozent und der Barmer GEK mit 33,14 Prozent die fleißigsten Wähler. KKH-Allianz folgt mit 31,93 Prozent, DAK mit 30,32 Prozent und hkk mit 28,54 Prozent. Im Bundesvergleich liegt Bremen insgesamt mit 32 Prozent Wahlbeteiligung auf einem Spitzenplatz. Bei den einzelnen Ersatzkassen in Bremen erhielten jeweils die meisten Stimmen innerhalb ihrer Versichertengruppen die Barmer GEK Gemeinschaft (41,69 Prozent), die TK-Gemeinschaft (72,52 Prozent), die DAK Mitgliedergemeinschaft (41,01 Prozent), die KKH-Versichertengemeinschaft (73,32 Prozent) sowie die hkk-Gemeinschaft (66,47 Prozent). Bei der HEK kam die HEK-Interessengemeinschaft ohne Wahlhandlung auf sieben Sitze. Die neue Mitgliederversammlung der Ersatzkassen hat sich dem Wahlergebnis entsprechend am 4. November in Berlin konstituiert. Der wiedergewählte Verbandsvorsitzende Christian Zahn freut sich: „Entgegen dem allgemeinen Trend in der Gesellschaft hat sich die Wahlbeteiligung bei den Kassen stabilisiert. Das zeigt, wie wichtig den Versicherten ihr Recht auf Mitbestimmung ist.“ (bit)

MELDUNG

Bremer Krankenhausspiegel 2011 erschienen

Leicht verständlich und übersichtlich über die Arbeit der Krankenhäuser im Land Bremen informieren, das waren die Ziele des zweiten Bremer Krankenhausspiegels, der jüngst erschienen ist. Auf 84 Seiten finden Patienten und Interessierte alles Wissenswerte zu 15 verschiedenen Behandlungsgebieten. Ob Bypass-Operationen oder künstliche Hüftgelenke, Gallenblasen-OP oder Geriatrie, hier kann nachgelesen werden, welche Kliniken im Land die meisten Erfahrungen mit dem Krankheitsbild gesammelt haben und bei bestimmten Qualitätsmerkmalen gut abschneiden.

Vorangestellt ist jedem Kapitel ein kurzer Abriss über Diagnosen, Therapien und Operationsmethoden im jeweiligen Bereich. Zudem informiert eine Patientenbefragung über die Zufriedenheit mit ärztlicher und pflegerischer Leistung sowie der Ernährung und Ausstattung. Kurzporträts aller Bremer Kliniken und andere nützliche Informationen runden den Bericht ab. Die kostenlose Broschüre liegt in Apotheken, Sanitätshäusern und vielen Arztpraxen aus. Darüber hinaus ist der Krankenhausspiegel auch online verfügbar (<http://www.bremer-krankenhausspiegel.de>). Dort finden sich noch zusätzliche Daten und Zahlen, die nicht alle in die gedruckte Version Eingang gefunden haben. (bit)



Sehr informativ: der neue Krankenhausspiegel

BÜCHER

Krank und pleite?

Sind die Krankenkassen wirklich pleite? Können wir es uns bald nicht mehr leisten, krank zu werden? Dass unser Gesundheitssystem keine Wohltätigkeitsveranstaltung ist, sondern ein mächtiger Wirtschaftszweig, haben wir längst begriffen. Aber wer profitiert hier eigentlich? Der Autor eilt dem verwirrten Patienten zu Hilfe und entlarvt in dieser kritischen Einführung die Mythen unseres Gesundheitssystems. Was in diesem System schief läuft und wie es wirklich reformiert werden könnte, zeigt der Gesundheitsökonom kritisch und hintergründig.



Hartmut Reiners
Krank und pleite?
Das deutsche
Gesundheitssystem
2011, 223 S., € 8,95
Suhrkamp Verlag, Berlin

Umgang mit Gesundheit

Gesundheit steht in einem besonderen Verhältnis zu individueller Selbstbestimmung, allgemeiner Fürsorgeverpflichtung und solidarischem Handeln. Die zunehmende Berücksichtigung ökonomischer Maßstäbe im Gesundheitswesen wirft neue Fragen zum gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit auf. In dem Sammelband werden aktuelle Gestaltungs- und Entwicklungsansätze behandelt und deren sozioökonomische Bedeutung diskutiert. Außerdem werden sozialetische Fragestellungen im Kontext gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen erörtert.



Dr. Peter Hensen,
Dr. Christian Kölzer (Hg.)
Die gesunde Gesellschaft
2011, 301 S., € 39,95
VS Verlag für Sozialwissen-
schaften, Springer Fachmedien,
Wiesbaden

STATISTIK

Bremer Patienten bleiben nur kurz in der Klinik

In Bremen verweilen die Krankenhaus-Patienten am kürzesten. Das hat jetzt das Statistische Bundesamt in seinem Datenreport 2011 veröffentlicht. Danach sind die Bremer Kranken im Schnitt 7,6 Tage in der Klinik, während sie in Brandenburg 8,3 Tage bleiben. Gleichzeitig ist die Bettendichte im Stadtstaat am größten. Je 100.000 Einwohner gab es im Jahr 2009 794 Betten, Niedersachsen rangiert am unteren Tabellenende mit 525 Betten. Daraus ergibt sich, dass die Personalbelastung von Ärzten und Pflegenden in Bremer Krankenhäusern unter dem Bundesdurchschnitt liegt: Während ein Arzt hier für 13 Betten zuständig ist, sind es bundesweit im Schnitt 14,8. Eine pflegerische Vollzeitkraft versorgt in der Hansestadt 5,7 Betten, in Brandenburg 6,9 Patienten. Die Zahlen stammen aus dem Jahr 2009. (bit)

AUS DEM VDEK

vdek Bremen zieht um

Das neue Jahr beginnt aufregend für die Bremer Landesvertretung: Am 12. Januar 2012 werden wir unsere bisherigen Büroräume im ADAC-Hochhaus an der Benningsenstraße 2-6 verlassen und wieder in die Stadtmitte ziehen. Unsere neue Adresse lautet dann: Martinstraße 34, 28195 Bremen. E-Mail und Telefon bleiben erhalten. Wegen des Umzuges sind wir am 12. und 13. Januar leider nicht zu erreichen. Ab dem 16. Januar stehen wir Ihnen wieder zur Verfügung. (bit)

ORGANSPENDE

Kunstplakate in der Börse



ORGANSPENDE Ausstellungsplakat „Ich oder Du?“

Heaven can wait – Leben nicht: Organspende“ hieß eine Diskussionsveranstaltung in der Bremer Volkshochschule am 6. Oktober 2011. Experten, Betroffene und Ärzte diskutierten und informierten die Zuschauer über Möglichkeiten und Grenzen von Organspenden. Zugleich waren vom 4. bis 12. Oktober in der Bremer Baumwollbörse künstlerische Auseinandersetzungen mit der Organspende unter dem Titel „Ich oder Du?“ zu sehen. Auch im kommenden Jahr wird sich die Bremer Landesvertretung des vdek an Aktionen zum Thema beteiligen. (bit)

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Benningsenstraße 2-6, 28207 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Birgit Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
ISSN-Nummer 2193-4061