

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **SEELLENLEIDEN** Was die Psychotherapie-Reform den Versicherten bringt | **BROSCHÜRE** Regionale Daten erstmals veröffentlicht | **ARZNEIMITTEL** Ärzte in der Hansestadt verordnen die teuersten Medikamente

HAMBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN · JULI 2017

LANDESAUSSCHUSS

Diskussion über Gesundheitspolitik



FOTO: vdek

NACH DEM AUSTAUSCH: Maren Puttfarcken (stellvertretende Landesausschuss-Vorsitzende), Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks, Kathrin Herbst (vdek)

Zu zahlreichen Themen der Gesundheitspolitik fand im Landesausschuss der Ersatzkassen ein intensiver Austausch mit Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks statt. Mit der Ministerin waren sich die Ersatzkassen unter anderem darin einig, dass die unsichtbaren Mauern zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen noch stärker als bisher aufgebrochen werden müssen. Daran muss auf Bundes- und Landesebene gearbeitet werden. Denn nach wie vor fehlt eine Versorgungsarchitektur, die das Ziel guter sektorenübergreifender Versorgung erreicht und deren Qualität sicherstellt, unter anderem indem sie die unterschiedlichen Strukturen und rechtliche Regelungen zusammenführt. Der Landesausschuss ist das höchste Entscheidungsgremium der Ersatzkassen auf Landesebene.

BUNDESTAGSWAHL

Große Herausforderungen für neue Regierung

Kaum war in den vergangenen Monaten ein Gesetz in der Gesundheitspolitik beschlossen, stand schon das nächste an. Zeit zum Atemholen wird auch nach der Bundestagswahl nicht sein. Denn der neue Gesundheitsminister muss zahlreiche heiße Eisen anfassen

Ganze 3000 Seiten Papier – so umfangreich soll die schriftliche Version aller Gesetzesentwürfe gewesen sein, die in der vergangenen Legislatur das Gesundheitsministerium verlassen haben. Selten hat ein Gesundheitsminister in begrenzter Zeit so viele Vorhaben auf den Weg gebracht. Darunter war Gelungenes und weniger Gelungenes: Zu den Highlights zählte besonders die Stärkung der Versorgung in der Pflege mit der Einbeziehung von Menschen mit Demenz. Weit schwächer fielen die Regelungen zur Selbstverwaltung und zu Arzneimitteln aus.

Zeit zum Luftholen bleibt aber auch nach der Bundestagswahl nicht. Wer den Chefsessel im Gesundheitsministerium erklimmt, auf den warten große Herausforderungen. Als vordringlich sehen es die Ersatzkassen an, die Qualität der Klinikbehandlungen zu steigern. Dazu enthielt das Krankenhausstrukturgesetz gute Ansätze. Mit der Ausrichtung an Qualitätsindikatoren wurden Überlegungen der Ersatzkassen aufgegriffen. Schlecht ist aber nach wie vor, dass Kliniken, die die notwendige Qualität dauerhaft

verfehlen, nicht zwingend von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Dies muss nachgebessert werden.

Handlungsdruck besteht auch bei der Klinik-Finanzierung. In allen Ländern steigen die Krankenhausaussgaben, während die Summen zurückgehen, die die Länder für Neubauten und Medizintechnik zur Verfügung stellen. Die Folge: Viele Kliniken finanzieren neue Gebäude oder Geräte nicht mehr ausschließlich aus den Töpfen der Länder, sondern bedienen sich aus den Vergütungen der Kassen. Diese sind jedoch für die Patientenbehandlung vorgesehen – und fehlen dann dort. Um die Lücke zu füllen, wird Pflegepersonal eingespart und die Menge der erbrachten OPs bisweilen über das medizinisch Sinnvolle hinaus gesteigert. Beides ist im Sinne der Patientensicherheit kritisch zu sehen. Deshalb fordern die Ersatzkassen den Bund auf, eine Investitionsquote als Untergrenze zu verankern und sich an der Investitionsfinanzierung zu beteiligen.

Dass Medikamente in Deutschland nach wie vor hochpreisig sind, sollte den neuen Gesundheitsminister mit Sorge erfüllen. Die Ersatzkassen fordern, dass



Praxen und Kliniken besser verzahnen



von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hamburg

FOTO: viéky / Georg J. Lopata

„Keine Atempause, Geschichte wird gemacht, es geht voran“ sang die Band Fehlfarben in einem 80er-Jahre-Hit – der ein oder andere wird sich noch erinnern. Voran ging es unter Bundesgesundheitsminister Gröhe in jedem Fall im Sinne des Koalitionsvertrags: Daraus wurde vieles abgearbeitet und umgesetzt. Zum Beispiel das Versorgungsstärkungsgesetz. Die Versorgungsprobleme sind damit jedoch noch nicht gelöst. Besonders die Regelungen zum Praxisaufkauf blieben unscharf und haben kaum zum Abbau von Überversorgung geführt. Es bleibt daher Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen, an einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu arbeiten. Der Wettbewerbsgedanke hat bisher wichtige Impulse für Innovationen und eine gute Steuerung der vorhandenen Finanzmittel gegeben. Die Krankenkassen brauchen dennoch größere Handlungsspielräume, um Qualität, guten Service und ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten zu können. Sie sollten künftig auch aktiv in das Versorgungsmanagement eingreifen dürfen, um die Versicherten gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote zu informieren. Die Ersatzkassen fordern außerdem, den ambulanten und stationären Sektor besser miteinander zu verzahnen. Das muss besser gehen, ohne dass es mehr kostet – zum Wohle der Gemeinschaft.



wirksame Maßnahmen ergriffen werden, damit Arzneimittel für die Versicherten finanzierbar bleiben. Patienten müssen weiterhin an Innovationen teilhaben können – zu Bedingungen, die bezahlbar und qualitätsgesichert sind. Ein gutes Instrument dafür wäre, die ausgehandelten Erstattungsbeträge für neue Medikamente ab dem ersten Tag der Markteinführung rückwirkend gelten zu lassen.

Solidarische Finanzierung notwendig

In der Pflege-Politik ist es gelungen, Ansätze zu entwickeln, die zukunftsfähig sind. Die drei Gesetze zur Stärkung der Versorgung sind eine solide Grundlage, um feinzustimmen und nachzuarbeiten. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Bestandsschutzregelungen für die Versicherten sind zunächst finanziell abgesichert. Allerdings gerät die Finanzsituation langfristig unter Druck, da die Zahl der Pflegebedürftigen steigen wird. Um gegenzusteuern, muss die neue Regierung Strategien entwickeln, die sich innerhalb des jetzigen umlagefinanzierten Systems bewegen. Die Finanzierung muss so angelegt sein, dass das Solidarprinzip weiterhin gilt und dass die Beiträge sich danach

ausrichten, über wie viel Einkommen ein Pflegebedürftiger verfügt.

Nicht mehr und nicht weniger als endlich einen Durchbruch erhoffen sich die Ersatzkassen in den kommenden vier Jahren beim Thema sektorenübergreifende Versorgung. Dass zwischen dem Geschehen in den Arztpraxen und in den Krankenhäusern in der Regel immer noch eine starre Grenzlinie verläuft, ist schon lange nicht mehr zeitgemäß. Außerdem sollten die Krankenkassen größere Handlungsspielräume erhalten, um den Versicherten ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten zu können. Es sollte ihnen möglich sein, Versicherte gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote zu informieren und zu beraten.

Die Ersatzkassen werden die neue Bundesregierung daran messen, ob sie sich bei der Umsetzung von Gesetzen an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert, ob sie das Prinzip der Selbstverwaltung stärkt und ob sie sich auf die Grundphilosophie des Sozialversicherungssystems zur gemeinsamen Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern besinnt. Denn künftige Kostensteigerungen, etwa durch den medizinischen Fortschritt, müssen gemeinsam getragen werden. ■



FOTO: Techniker Krankenkasse

Kassenwettbewerb fair gestalten

Der Finanzausgleich unter den Krankenkassen muss zügig weiter entwickelt werden. Das Verteilungssystem benachteiligt Kassen, die viele Versicherte in teuren Ballungsgebieten haben, zum Beispiel in Hamburg.

Die gute Konjunktur mit einer Rekord-Beschäftigung sorgt auch für ein finanzielles Plus in der Sozialversicherung. Im Gesundheitsfonds befanden sich Ende 2016 etwa 9,1 Milliarden Euro, Tendenz steigend. Doch die positive Entwicklung kommt nicht bei allen Krankenkassen gleichermaßen an. Zu den Verlierern im Wettbewerb zählen ausgerechnet Kassen, die im Sinne ihrer Versicherten gut wirtschaften und schlanke Strukturen vorweisen.

Die Ersatzkassen fordern daher im Bündnis mit anderen Kassenarten eine rasche Reform des Finanzausgleichs, um diese Schieflage möglichst schnell zu beenden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat ein Sondergutachten bis Ende September dieses Jahres in Auftrag gegeben, um die Wirkungen des Ausgleichssystems zu bewerten.

Darum geht es im Detail: Damit eine Kasse nicht benachteiligt wird, die besonders viele kranke Versicherte hat, wurde vor rund acht Jahren eine komplexe Systematik entwickelt. Dieses System, Morbidity-RSA genannt, misst die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten, derzeit überwiegend sogenannte Volkskrankheiten. Leidet ein Versicherter an einer oder an mehreren dieser Krankheiten, bekommt seine Kasse einen Zuschlag.

Mehrere Reformschritte notwendig

Zu den Regeln des Ausgleichssystems zählen aber auch noch zahlreiche weitere Kriterien. Diese Kriterien für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfond, wie etwa die Teilnahme an Disease-Management-Programmen oder der Status eines Erwerbsminderungsrentners, führen zu



HOHE VERSORGUNGSDICHTE: Hamburg bietet eine große Auswahl an Fachärzten und Kliniken. Dieses Angebot schafft sich seine Nachfrage selbst. Die Folge: Höhere Ausgaben als auf dem Land

extrem unterschiedlichen Finanzpositionen unter den Kassen. Die Unterschiede haben nichts damit zu tun, wie gut oder schlecht das Management der jeweiligen Kasse arbeitet.

Konkret bewirken die jetzigen Zuweiskriterien, dass die AOKen weit mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als sie es zur Versorgung überhaupt brauchen. Das Geld fehlt an anderer Stelle. So schauen die Ersatzkassen, die eine Haftungsgemeinschaft bilden, nach den aktuellsten vorliegenden Zahlen auf eine Deckungslücke von 644 Millionen Euro – die BKKen auf ein Minus von 166 Millionen und die IKKs auf eine Unterdeckung von 240 Millionen Euro. Die AOKen weisen dagegen eine Überdeckung von über einer Milliarde Euro aus.

Damit die Verwerfungen sich nicht fortsetzen und in letzter Konsequenz die hohe Qualität der medizinischen Versorgung

gefährden, fordern die Ersatzkassen mehrere Reformschritte. Aus ihrer Sicht soll die Politik unter anderem eine sogenannte Versorgungsstrukturkomponente einführen. Denn die Kassen beobachten seit Jahren, dass die Versorgungsstrukturen in Deutschland höchst unterschiedlich sind und kaum von ihnen beeinflusst werden können.

Beispiel Hamburg: Es herrscht eine viel höhere Versorgungsdichte als auf dem Land, mit hochspezialisierten Krankenhäusern und einem ausdifferenzierten Angebot an Fachärzten und Vertretern von Heilberufen. Dieses Angebot schafft sich seine Nachfrage selbst. Die Folge: Deutlich höhere Ausgaben je Versicherten als auf dem Land. Diese höheren Kosten werden in der bundesweiten Durchschnittsbetrachtung nicht ausgeglichen. Es kommt zu einer Unterdeckung.

Zu einem faireren Wettbewerb gehört auch, sich künftig bei den Krankheiten, die für das Ausgleichssystem ausgewählt

»Die Unterschiede haben nichts damit zu tun, wie gut oder schlecht das Management einer Kasse arbeitet.«

wurden, auf im Einzelfall besonders teure Erkrankungen zu konzentrieren. Für die Umstellung spricht, dass gerade leichte Krankheiten durch Prävention verhindert oder hinausgezögert werden können. Außerdem sollen gesonderte Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner wegfallen, da diese Kassen mit vielen nicht berufstätigen Personen und vielen Selbstständigen benachteiligen. ■

Therapien nach Bedarf, nicht nach Wohnort

Bei der Psychotherapie haben sich die Bedarfe der Patienten verändert: Mehr Menschen nehmen eine Therapie in Anspruch, dafür nicht mehr so lange. Daher ist es wichtig, dass Patienten nach der aktuellen Reform genau die Therapie erhalten, die sie benötigen

Die Psychotherapeuten-Richtlinie ist die erste große Reform auf diesem Gebiet seit 17 Jahren. Dass nach dieser langen Zeit Veränderungen angegangen werden mussten, war für alle Akteure klar. Für die Ersatzkassen hatte Priorität, dass ihre Versicherten endlich zeitnahen Zugang zu einem Therapeuten erhalten und in einer Sprechstunde über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Die vereinbarten Reformen sind für die Ersatzkassen auch deshalb hochrelevant, weil mehr als 50 Prozent aller Psychotherapien, auch in Hamburg, von ihren Versicherten in Anspruch genommen werden. In der

Hansestadt gibt es zudem fast genauso viele Psychotherapeuten wie Hausärzte.

Wie der Patient in die für ihn richtige Versorgungsform kommt, beschäftigt Krankenkassen immer. Bei den drei Verfahren, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt, fiel in Untersuchungen auf, dass sie in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich in Anspruch genommen wurden. Anders ausgedrückt: Welche Art der Therapie ein Patient erhielt, hing nicht so sehr von der Diagnose ab, sondern von der Frage, welche Therapieform der gerade verfügbare Therapeut anbot. Die Richtlinien-Therapien, die von den Kassen finanziert werden, sind zum

einen die Verhaltenstherapie und zum anderen zwei psychodynamische Psychotherapieverfahren, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Analytische Psychotherapie.

Warum die Patienten in einem Bundesland sehr häufig mit einer bestimmten Therapieform behandelt werden, in anderen Bundesländern jedoch relativ selten, hat unter anderem folgenden Hintergrund: Die Psychotherapie-Ausbildungsinstitute haben verschiedene Schwerpunkte, etwa die psychodynamischen Formen. Wenn die Therapeuten mit der Ausbildung fertig sind, lassen sie sich oft nahe ihres Ausbildungsorts nieder. In Hamburg wurden

Das ist neu ...

Telefonische Erreichbarkeit der Therapeuten:

- verbessert Terminvergabe
- mindestens 150 Minuten pro Woche und Praxis
- Zeiten sind an KV zu melden

Sprechstunde:

- werden von allen Psychotherapeuten angeboten
- beraten Patienten, ob ambulante oder stationäre Behandlung empfehlenswert ist oder geben alternative Empfehlungen, z. B. Eheberatung oder Selbsthilfegruppe

Akutbehandlung:

- schnelle Intervention bei akuter Symptomatik (tiefe emotionale Krisen, drohende Arbeitsunfähigkeit etc.)
- kann nach Bedarf direkt nach Sprechstunde beginnen
- bis zu zwölf Behandlungsstunden

Terminservicestellen:

- Patienten können freie Plätze für eine Sprechstunde oder Akutbehandlung erfragen
- Termin spätestens nach vier Wochen

Probatorische Sitzungen:

- vor Aufnahme einer Kurz- oder Langzeittherapie verpflichtend
- dienen der Klärung, ob die Therapieform, der Therapeut und der Patient „passen“
- mindestens zwei Therapiestunden

Gruppentherapie:

- Mindestgruppengröße teilweise auf drei Personen verkleinert
- Einzel- und Gruppentherapie können kombiniert und nach Bedarf aufgeteilt werden

Antragsschritte für Therapie vereinheitlicht:

- Stundenkontingente wurden über alle Verfahren vereinheitlicht und Antragsschritte verändert
- Kurzzeittherapie unterteilt sich in zwei Einheiten mit je zwölf Stunden, im Anschluss gegebenenfalls Langzeittherapie

Anträge und Gutachten:

- Vereinfachung der Verfahren
- für Sprechstunde und Akutbehandlung legen Patienten nur Versichertenkarte vor, kein Antrag notwendig
- erster Antrag für Langzeittherapie muss, Verlängerungsanträge können von Gutachter bewertet werden

... und das ist anders.

nach Expertenmeinung besonders viele Therapeuten in den psychodynamischen Therapieverfahren ausgebildet. Dies hat möglicherweise dazu geführt, dass in der Hansestadt so viel Tiefenpsychologisch fundierte Therapie gemacht wurde wie nirgendwo sonst im Bundesgebiet.

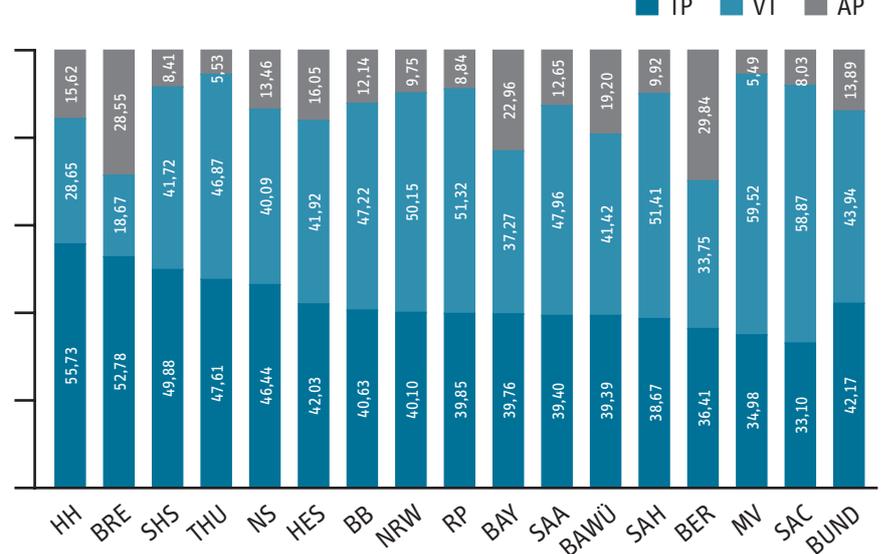
Gruppentherapie fördern

Damit künftig der richtige Behandlungsbedarf genauer ausgelotet werden kann, ist die Sprechstunde eingerichtet worden. Die Versicherten haben jetzt einen Ansprechpartner zur Verfügung, der hilft, abzuklären, wie notwendig eine Behandlung ist. Dabei kann sich zum Beispiel herausstellen, dass einem Ratsuchenden bereits mit einer Eheberatung geholfen wäre, oder dass er in einer Selbsthilfegruppe den benötigten Rückhalt findet. Liegt hingegen eine Störung im Sinne der Richtlinien vor, informiert der Therapeut den Patienten über die verschiedenen Therapieformen. Die Rolle des Therapeuten unterscheidet sich in der Sprechstunde von seiner gewohnten Rolle: In der Sprechstunde ist er ein unabhängiger Ratgeber für den Versicherten und nicht an ein Richtlinienverfahren gebunden. Mit der Beratung kann sich der Versicherte bewusst für ein bestimmtes Verfahren oder ein bestimmtes Setting entscheiden.

Dass die telefonische Erreichbarkeit der Praxen verpflichtend geregelt wird, ist ein weiterer, besonders wichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung. Hierzu kann auch die Förderung der Gruppentherapie beitragen, bei der jetzt die Mindestgruppengröße teilweise auf drei Personen reduziert wurde. Es gibt Untersuchungen, dass bestimmte Erkrankungen wie zum Beispiel Ängste in einer Gruppe sehr viel besser therapiert werden können. Die noch viel zu selten genutzte Therapieform ermöglicht eine schnellere Versorgung, denn es profitieren gleichzeitig mehrere Patienten. In Hamburg liegt der Anteil der Gruppentherapie jedoch noch im einstelligen Bereich. Es ist zu hoffen, dass die Therapieform in Zukunft verstärkt angeboten wird. ■

Unterschiedliche Inanspruchnahme

Anteil der von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Therapieformen nach Ländern in Prozent (Ersatzkassen-Versicherte)



REGIONALE VERSCHIEDENHEITEN: Welche Art der Therapie ein Patient erhielt, hing in der Vergangenheit nicht so sehr von der Diagnose ab, sondern von der Frage, welche Therapieform der gerade verfügbare Therapeut anbot. Diesen Missstand soll die Reform schrittweise ändern.

GUT ZU WISSEN

Verhaltenstherapie (VT): Gut evaluiertes Verfahren. Nimmt an, dass Verhalten und Erleben überwiegend das Ergebnis von Lernprozessen ist. Konzentriert sich auf gegenwärtige Probleme und ihre aktuellen Ursachen. In einem geschützten Rahmen können verändertes Verhalten sowie neue Problemlösestrategien geübt werden. Oft eine Therapiestunde pro Woche. In vielen Fällen reicht eine Kurzzeittherapie. *Setting:* In der Regel im Sitzen, je nach Störung davon abweichende Methoden. Etwa die Konfrontation des Patienten mit Reizen, die Angst auslösen. *Stundenkontingent:* maximal 80 Therapiestunden

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP): Ebenfalls gut evaluiertes Verfahren. Geht ähnlich wie die AP davon aus, dass das Unbewusste unser Denken und Handeln beeinflusst. Innere Konflikte aus Kindheit und Jugend werden in Bezug auf die

aktuelle Problematik betrachtet. Es wird versucht, unbewusste Motive zu bearbeiten. In der Regel eine Stunde pro Woche. *Setting:* Patient und Therapeut sitzen sich in der Regel gegenüber. *Stundenkontingent:* maximal 100 Therapiestunden

Analytische Psychotherapie (AP): Nicht so gut evaluiert wie VT und TP. Es werden vor allem frühe Lebenserfahrungen einhergehend mit ihrer konflikthafter unbewussten Verarbeitung in den Mittelpunkt gestellt. Ziel ist das Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen. Es wird die gesamte Lebenserfahrung thematisiert. Häufige Methoden sind freie Assoziation und Traumdeutung. In der Regel anfangs zwei bis drei Therapiestunden pro Woche. *Setting:* Häufig im Liegen. *Stundenkontingent:* maximal 300 Therapiestunden

GRAFIK: viele; Quelle: Ersatzkassen-Daten, eig. Berechnungen nach den letzten aktuell verfügbaren Quartalen (1. Quartal 2016)

Nah dran an den Menschen

Wer sich in der Selbsthilfe engagiert, stellt sich seiner Erkrankung und blickt nach vorn. Wie beeindruckend chronisch Kranke ihren Alltag bewältigen, zeigt eine Fotoausstellung, die im Rathaus zu sehen war.



FOTO: Susanne Paasch

Eine junge Hamburger Modebloggerin hat Neurodermitis und bekommt einen starken Schub. Zwischen Klinikaufenthalten verliert sie den Glauben an sich und ihre Schönheit. Sie schreibt in ihrem Blog über ihre Gefühle. Das Feedback ist erstaunlich: Es gibt jede Menge positive Kommentare, viele Leser sind selbst von der Krankheit betroffen.

Diese moderne Form der Selbsthilfe hat der Hamburger Fotograf Felix Gebauer porträtiert – und ist mit seiner Fotoserie im Fotowettbewerb „Was kann Selbsthilfe?“ des Verbands der Ersatzkassen für Studierende und junge Fotografen ausgezeichnet worden. Aus seinen Bildern und weiteren herausragenden Fotografien wurde eine bundesweite Wanderausstellung konzipiert, die im Frühjahr 2017 im Hamburger Rathaus zu sehen war.

Bei der Eröffnung der Ausstellung würdigte Kulturstaatsrätin Jana Schiedek das Engagement der Wettbewerbsteilnehmer: „In unserer Gesellschaft sind engagierte, helfende Menschen unverzichtbar. Sie

bringen ihre Zeit, ihre Erfahrung und ihr Netzwerk für andere ein. Das ist ungemein wichtig und wertvoll, denn Beziehungen zu anderen sind uns in Notlagen eine tragende Stütze. Dies ist ein großer Verdienst der Selbsthilfe“, sagte die Staatsrätin.

Porträts von „Experten in eigener Sache“

Hamburg ist eine der Hochburgen der gesundheitlichen Selbsthilfe in Deutschland. Rund 25.000 Aktive engagieren sich als „Experten in eigener Sache“, helfen Betroffenen, mit Krankheiten oder Lebenskrisen besser zurechtzukommen. Die Krankenkassen in Hamburg unterstützen dieses Engagement in diesem Jahr mit rund 2,2 Millionen Euro. Davon tragen die Ersatzkassen den größten Teil. „Mit viel Einfühlungsvermögen, Kreativität und großem Talent ist es den Wettbewerbsteilnehmern gelungen, die gesundheitliche Selbsthilfe darzustellen“, sagte die Leiterin der vdek-Landesvertretung, Kathrin Herbst, bei der Ausstellungs-Eröffnung. „Sie haben eindrucksvoll dokumentiert, was für eine wichtige Unterstützung die Selbsthilfe neben der medizinischen Versorgung ist.“

Entstanden ist ein buntes Panorama, das die unterschiedlichen Sichten junger Menschen auf das Thema Selbsthilfe zeigt. Mal nachdenklich, mal hoffnungsvoll. Aber immer nah dran an den Menschen, um die es geht. Etwa wie in dem Porträt eines Rollstuhlfahrers in der Serie „Lebensfreude“, der sich in einer Tanzgruppe engagiert. Oder in der Serie über eine Gruppe junger Rheumatiker, die einer der prämierten Fotografen monatelang mit der Kamera begleitete. Selbst von der Krankheit betroffen, sagt er über sie: „Kinderrheuma ist das, was du daraus machst.“ ■

Verbesserungen sollen direkt bei Patienten ankommen



FOTO: Photographie.eu – stock.adobe.com

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg zahlen in diesem Jahr rund 63 Millionen Euro mehr an die Kliniken für die Behandlung von Patienten – ein Plus von 3,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Dies ergibt sich aus dem Landesbasisfallwert, auf den sich die Krankenkassenverbände und die Hamburgische Krankenhausgesellschaft einvernehmlich verständigt haben.

Der Landesbasisfallwert wird jedes Jahr von den Vertragspartnern neu verhandelt. Dabei spielen die erwartete Patientenzahl, die Leistungsentwicklung und Tarifsteigerungen sowie die Schwere der Krankheitsbilder eine wichtige Rolle. Der Wert dient als Grundlage für die Abrechnung über Fallpauschalen, mit denen die Kliniken den größten Teil ihrer Erlöse erzielen. In diesem Jahr liegt der Wert für Hamburg bei 3.350 Euro.

Für die Krankenhäuser steigen damit die Erlöse auf über 2,1 Milliarden Euro. Der vdek erwartet, dass die Hamburger Kliniken die Erhöhung ihres Budgets dazu nutzen werden, die Qualität und Sicherheit bei der Behandlung von Patienten weiter zu verbessern. Vor allem sollte beim Personal die Schere zwischen der Zahl der Ärzte und der Zahl der Pflegekräfte künftig nicht noch weiter auseinandergehen. Die notwendige Finanzierung für eine ausreichende Zahl von Pflegekräften ist durch die Mittel der Krankenkassen vorhanden.

ARZNEIMITTEL

Hamburger Ärzte verordnen die teuersten Medikamente



FOTO Karin Jähne – Fotolia.com

Die niedergelassenen Ärzte in der Hansestadt haben den gesetzlich Versicherten im vergangenen Jahr Medikamente im Wert von rund 1,14 Milliarden Euro verschrieben.

Das sind etwa 27 Millionen Euro mehr als im Vorjahresvergleich, ein Plus von 2,4 Prozent. Jeder gesetzlich Versicherte erhielt in Hamburger Praxen im Schnitt Medikamente für rund 754 Euro verordnet. Dieser Wert steht im Vergleich der Bundesländer an zweiter Stelle und liegt um 147 Euro über dem Bundesdurchschnitt von etwa 606 Euro. Als ausgabenintensiv erwiesen sich neue Krebsmedikamente sowie Hepatitis-C-Präparate und andere Nervensystemmittel.

Auffällig ist, dass die Ärzte in der Hansestadt im Schnitt so teure Verordnungen ausstellen wie sonst nirgends in Deutschland. Denn obwohl die Patienten in Hamburger Haus- und Facharzt-Praxen weniger Medikamentenverordnungen erhalten als im Bundesdurchschnitt, erreichen die Ausgaben im Bundesländervergleich einen Spitzenwert. Bundesländer mit ebenfalls hohen Ausgaben je Versicherten, wie etwa Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Sachsen-Anhalt, weisen auch deutlich mehr Verordnungen je Versicherten auf.

Ursächlich für die hohen Ausgaben ist zum einen, dass Hamburg als Medizinmetropole über ein sehr dichtes Netz an Fachärzten verfügt, zum anderen aber sicher auch die Mitversorgungsfunktion für das Hamburger Umland.

In der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene sind die Arzneimittelausgaben mit 34,8 Milliarden Euro der zweitgrößte Kostenblock – nur übertroffen von den Ausgaben für Krankenhausbehandlungen (70,3 Milliarden Euro). Die Ausgaben für Medikamente machen den aktuellsten Daten zufolge einen Anteil von rund 17 Prozent an allen Leistungsausgaben aus. Sowohl die Zahl der Verordnungen als auch der Umsatz mit Arzneimitteln ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen.

KURZ GEFASST

Mehr Geld in der ambulanten Pflege

Die Pflegekassen in Hamburg und die Gesundheitsbehörde haben mit der Hamburgischen Pflegegesellschaft einen neuen Rahmenvertrag in der ambulanten Pflege abgeschlossen. Durch den Vertrag wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in die Praxis umgesetzt. Ebenso werden die Leistungen der Pflege neu gewichtet und zum Teil höher vergütet. Den Pflegediensten wird mehr Zeit finanziert, um kognitive Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Neu sind auch zusätzliche Betreuungsleistungen, wie zum Beispiel Begleitung bei der Tagesgestaltung. Außerdem ist es nun einfacher möglich, Pflege und Betreuung in der Sterbephase abzurechnen. Aus Sicht der Ersatzkassen können Pflegebedürftige durch den Vertrag mehr Leistungen abrufen, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Dies wird die Versorgung, besonders der Demenzkranken, spürbar verbessern.

Bundessozialgericht entscheidet: Hamburg-Zuschlag ist zulässig

Seit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 ist es Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) möglich, einen Zuschlag mit den Krankenkassen zu vereinbaren, wenn in ihrer Region die Praxisinhaber im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutliche höhere Kosten haben, etwa für die Miete und das Personal. Der KV Hamburg war in einer Schiedsamtentscheidung ein solcher Zuschlag in Höhe von 2,083 Prozent zugesprochen worden. Dagegen hatten die Krankenkassen in Hamburg geklagt und unter anderem auf den Aspekt der Beitragssatzstabilität verwiesen. Die Klage wurde jedoch in letzter Instanz vom Bundessozialgericht abgewiesen.

Ideenwettbewerb für mehr Prävention in Pflegeheimen

Wie kann die Gesundheit von Bewohnern, die in einem Pflegeheim leben, gefördert werden? Der Verband der Ersatzkassen möchten dies von den Menschen erfahren, die es am besten wissen: von Pflegebedürftigen, Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen, Angehörigen oder ehrenamtlich tätigen Menschen selbst. Sie alle sind aufgerufen, bis zum 30.9.2017 an dem bundesweiten Ideenwettbewerb „Heimvorteil für mehr Gesundheit“ teilzunehmen. Weitere Informationen zum Ideenwettbewerb finden Sie unter www.ideenwettbewerb-heimvorteil.de oder auf der vdek-Webseite. Die drei besten Ideen werden bei der Verwirklichung finanziell sowie mit professionellem Know-how unterstützt.

Uwe Klemens zum Vorsitzenden gewählt

FOTO: Andrea Katheder – GKV-Spitzenverband



Die Mitgliederversammlung des vdek hat Uwe Klemens an die Spitze des Ersatzkassenverbands gewählt. Der 61-jährige ist als ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender Nachfolger des Hamburgers Christian Zahn, der dieses Amt nach zehn Jahren aus Altersgründen abgegeben hat. Der gebürtige Rheinland-Pfälzer Klemens tritt unter anderem für einen noch stärkeren Zusammenhalt unter den Krankenkassen ein. „Wir sind in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Wettbewerb verurteilt“, sagt der neue Verbandsvorsitzende. „Alle Kassen wollen durch starke Versichertenorientierung weiter nach vorne kommen. Wir müssen aber auch gleichzeitig dafür sorgen, dass wir als Kassen zusammenbleiben.“ Der gelernte Sozialversicherungsfachangestellte mit Stationen bei der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, der Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, engagiert sich seit über 20 Jahren in der Selbstverwaltung, zunächst bei der BARMER und aktuell im Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse und im Verwaltungsrat des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), dessen alternierender Vorsitzender er seit März 2016 ist. Auch die vdek-Gremien kennt Uwe Klemens gut. Seit Dezember 2014 war er stellvertretender Verbandsvorsitzender und Mitglied des Gesamtvorstands des vdek.

Erstmals publiziert: Daten und Fakten zur Versorgung

QUELLE: vdek



Wie viele niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gibt es in Hamburg? Wird in den Krankenhäusern der Hansestadt mehr operiert als in den Kliniken anderswo? Welchen Eigenanteil müssen Pflegebedürftige im Schnitt in Hamburger Pflegeheimen zahlen? Wie entwickeln sich die Kosten im Rettungsdienst? Antworten auf diese und andere Fragen finden sich in der Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Hamburg 2017“, die von der vdek-Landesvertretung erstmals veröffentlicht wurden. Wichtige Aspekte der regionalen Gesundheitsversorgung werden auf mehr als 65 Seiten in Grafiken abgebildet. Die Darstellungen gliedern sich in fünf Kapitel (Bevölkerung, Versicherte, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Pflege). Über die aktuellen Zahlen hinaus werden auch Entwicklungen im zeitlichen Verlauf und im Vergleich zu anderen Ländern sowie zum Bundesdurchschnitt beleuchtet und kommentiert. Die Broschüre kann unter www.vdek.com/LVen/HAM/Presse/Daten.html kostenlos aus dem Internet heruntergeladen werden. Alternativ können Interessierte das Heft auch bei der vdek-Landesvertretung unter lv-hamburg@vdek.com als gedrucktes Exemplar im praktischen DIN A5-Format bestellen.

Neue Landeschefin der DAK-Gesundheit



FOTO: DAK-Gesundheit

Katrin Schmieder ist neue Leiterin der Landesvertretung der DAK-Gesundheit in Hamburg. Die 49-jährige Betriebswirtin ist

seit rund 20 Jahren bei der Ersatzkasse tätig – zuletzt als Führungskraft für das Abrechnungsmanagement mit den Krankenhäusern. Sie ist mit ihrem Team verantwortlich für die Vertragsverhandlungen mit Ärzten, Zahnärzten, Kliniken und Reha-Einrichtungen und steuert damit die Versorgung der knapp 285.000 DAK-Versicherten in Hamburg. Daneben ist sie zentrale Ansprechpartnerin für Politik und Vertragspartner. „Auch in der Hansestadt entwickeln wir innovative Versorgungslösungen für unsere Versicherten, die über das normale Leistungsangebot der gesetzlichen Kassen hinausgehen“, erklärt die Leiterin der Landesvertretung. Sie ist seit Jahresmitte auch Vorsitzende des vdek-Landesausschusses, des obersten Beschlussgremiums der Ersatzkassen.

Herausgeber

Landesvertretung Hamburg des vdek
Sachsenstraße 6, 20097 Hamburg
Telefon 0 40 / 41 32 98-0
Telefax 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail stefanie.kreiss@vdek.com
Redaktion Stefanie Kreiss
Verantwortlich Kathrin Herbst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-407X