

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE MINDESTMENGEN Qualität durch Konzentration | #REGION Ersatzkassen stark in der Versorgung
MERKBLÄTTER seelisch gesund aufwachsen | KRANKENHAUSINVESTITIONEN gezielt fördern

MECKLENBURG-VORPOMMERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2019

MITGLIEDER

Ersatzkassen wachsen weiter



GRAFIK: vdek

Die Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern sind schon seit Jahren die stärkste Kassenart und gewinnen weiter an Mitgliedern und Versicherten dazu. So wuchs die Mitgliederzahl, also die Zahl der Beitragszahler, von 556.349 (2018) auf 560.384. Der Marktanteil der vdek-Mitgliederskassen liegt in M-V bei 46,4 Prozent und damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (38,4 Prozent). Die Zahl der Versicherten, also die der Mitglieder und der mitversicherten Familienangehörigen, stieg auf 692.235 (im Vorjahr: 686.848). Die Zahlen belegen, dass sich die Ersatzkassen den Herausforderungen stellen und kontinuierlich attraktive Bedingungen für eine Krankenversicherung bieten. Auf diese Entwicklung ist die Familie der Ersatzkassen zu Recht stolz. Im Fokus steht die Absicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ihrer Versicherten.

ERSATZKASSENFORUM

Patientensicherheit – stärker in den Fokus rücken

Das Thema mehr Qualität in der medizinischen Versorgung der Patienten stand im Mittelpunkt der diesjährigen gesundheitspolitischen Veranstaltung der Ersatzkassen. Die Diskussion war spannend und veranlasste den Gesundheitsminister dazu, andere zeitliche Prioritäten zu setzen.

Das hatten wohl bisher nur wenige der kongresserfahrenen Besucher des Ersatzkassenforums erlebt: Ein Minister, der eigentlich nur ein Grußwort halten und dann wieder seinen ministeriellen Pflichten nachgehen wollte, schmiss seinen Zeitplan über den Haufen, schnappte sich seinen Stuhl und lud sich quasi selbst zur Podiumsdiskussion ein. Das ist in bestem Wortsinn Politik in Aktion. Doch der Reihe nach...

Patient im Mittelpunkt?

Das Thema Patientensicherheit ist aktueller geworden und sicher im Munde vieler Akteure im Gesundheitswesen. Doch stellen wir bei unseren Bemühungen um Patientensicherheit die Patientensicht wirklich immer in den Mittelpunkt? Dieser Frage wollte die Landesvertretung der Ersatzkassen nachgehen. Unter der Überschrift „Patientensicherheit – zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ diskutierten Mitte September in Schwerin namhafte Expertinnen und Experten die vielen Facetten des wichtigen

Themas. Allen voran mit der Vorsitzenden des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit, Frau François-Kettner.

Mehr aufeinander zugehen

In ihrem Impulsvortrag, der die meisten der Anwesenden sofort in seinen Bann zog, mahnte sie in eindringlichen Worten an, dass vor allem die Patienten und deren Angehörige noch mehr einbezogen werden müssen, wenn es um Fragen der Qualität ihrer medizinischen Versorgung ginge. Das sei kein Selbstlauf und erfordere ein aufeinander zugehen von beiden Seiten, vom Arzt und Patienten. Sehr kritisch beleuchtete sie das ambivalente Verhältnis zwischen Gewinnerzielung der Krankenhäuser einerseits und der Erreichung einer sehr guten Qualität in der medizinischen Versorgung andererseits. Dabei sollte eine hohe Qualität der Behandlung immer im Vorrang stehen. Wenn man dies überprüfen wolle, benötige man jedoch eine ehrliche Transparenz. Leider habe sie in ihrer langjährigen Tätigkeit die Erfahrung gemacht, dass die Häuser gerade diese



Patient im Fokus

FOTO vdek / Georg J. Lopata



VON
KIRSTEN JÜTTNER
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Die Ersatzkassen setzen sich seit Jahren dafür ein, Versorgungsdefizite zu analysieren und zu beheben, um die Qualität der medizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Das geht nur, wenn man die Patientensicherheit noch mehr in den Fokus nimmt. Genau deshalb haben wir uns entschieden, unser diesjähriges Ersatzkassenforum unter dieses Thema zu stellen.

Patientensicherheit ist mehr als die Vermeidung bestimmter Komplikationen. Wir müssen sie auch als Eigenschaft von handelnden Teams und als Zusammenwirken von beteiligten Organisationen verstehen.

Vieles läuft schon recht gut, zum Beispiel der Einsatz von OP-Checklisten; die Aktion „Saubere Hände“ oder die Etablierung von Fehlermeldesystemen an deutschen Krankenhäusern. Dennoch gibt es erheblichen weiteren Verbesserungsbedarf in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In Krankenhäusern verlaufen jährlich zwar 90 bis 95 Prozent aller Krankenhausbehandlungen ohne Zwischenfälle, aber bei fünf bis zehn Prozent (ein bis zwei Millionen Patienten) treten „unerwünschte Ereignisse“ auf, von Drückgeschwüren über Fehldiagnosen bis hin zu schweren Infektionen. Vermeidbar wären bis zu 800.000 dieser „Vorfälle“, also fast die Hälfte. Da wollen wir hin.



Offenheit fürchteten, „wie der Teufel das Weihwasser“. Hier sei Hierarchiedenken fehl am Platz, stattdessen mehr Partnerschaft gefordert.

Eine weitere Forderung von ihr ist, dass der Bereich Patientensicherheit unbedingt Bestandteil der medizinischen Ausbildung und auch der Weiterbildung werden muss. Und auch bei den wissenschaftlichen Studien und Bewertungen von Verfahren, Diagnosen und neuen Behandlungsmethoden muss die Qualitätsbeurteilung in Bezug auf die Patientensicherheit Standard werden.

Um recht schnell einen deutlichen Schritt nach vorn zu machen sei es erforderlich, dass an allen Krankenhäusern Beauftragte für die Patientensicherheit einzurichten sind. Das dürften aber keine „Alibibenennungen“ sein, sondern diesen Beauftragten müsse genug Zeit zur Verfügung stehen, damit sie die Qualitätsprüfungen in einem angemessenen Rahmen durchführen können.

Fehler vermeiden

Die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner wies in ihrem Statement auf die sehr gute Zusammenarbeit mit dem APS hin. So habe man im vergangenen Jahr die Herausgabe des „Weißbuches Patientensicherheit“ des APS finanziert. Darin werden unter anderem ein erweitertes

Verständnis von Patientensicherheit, eine Patientensicherheitskultur in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten gefordert. Handlungsbedarf sieht Elsner insbesondere im Bereich der

»Wir brauchen die verpflichtende Einführung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen an allen Krankenhäusern, um Fehlerquellen aufzudecken.«

Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende

Hygiene und Infektionsprävention. Im Forderungspapier von APS und vdek finden sich hierzu Maßnahmen von einer bundeseinheitlichen Hygienerichtlinie bis zu einer Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sepsis als Notfall. Zudem forderte Elsner die verpflichtende Einführung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen an allen Krankenhäusern sowie die Einbeziehung der Erfahrungen von Patienten und Angehörigen durch Fragebögen, um Fehlerquellen aufzudecken. Dieses Engagement in Sachen Qualität werden die Ersatzkassen unbedingt fortführen.



GUTE STIMMUNG als Motivation für eine tiefgründige Diskussion
v. l.: Ulrike Elsner (vdek-Vorstandsvorsitzende), Harry Glawe (Gesundheitsminister), Hedwig François-Kettner (APS), Prof. Wolfram Mittelmeier (Universitätsmedizin Rostock), Anja Schießer (SELBSTHILFE M-V)

FOTO vdek / Anja Prochmow



FOTO: vdek / Anja Prochnow

FRAUENPOWER AUF DEM FORUM v. l.: Kirsten Jüttner (Leiterin vdek-Landesvertretung), Ulrike Elsner (vdek-Vorstandsvorsitzende), Hedwig François-Kettner (Vorsitzende APS)

Qualität geht vor

Auch Wirtschafts- und Gesundheitsminister Harry Glawe (CDU) erklärte, dass für ihn die Patienten im Mittelpunkt stehen, um anschließend sogleich die Patientensicht einzunehmen. Diese verstünden nämlich oft nicht, was der Arzt sagt, sind vielleicht schockiert, haben aber dennoch Hoffnung und wollen wissen, wie es mit ihrer Behandlung weiter geht. Andererseits seien Patienten von heute deutlich kritischer. Mal abgesehen von „Dr. Google“, von dem er nicht viel hält, versuchen viele Patienten ihr Recht durchzusetzen, mit Klagen und anwaltlichen Vertretungen.

Wichtig für die Versorgungsqualität sei das Einhalten von medizinischen Leitlinien. Diese dürfen aber nicht starr und in Stein gemeißelt sein, sondern müssen selbstständig einer Qualitätsbeurteilung unterliegen. Als Missverhältnis zwischen Quantität und Qualität prangerte der Minister die hohe Zahl der Links-Herz-Katheter-Messplätze an. Davon habe Mecklenburg-Vorpommern 16 oder 17 Stück. So viel brauche

man nicht. „Qualität geht vor“, so Harry Glawe wörtlich. Im weiteren Verlauf seines Grußwortes ging er dann unter anderem noch auf die Punkte Krankenhausinvestitionen und Digitalisierung im Gesundheitswesen ein.

Risikobewertung vor Fehlerbeschreibung

In der anschließenden Podiumsdiskussion brachten sich neben den Referenten auch Professor Wolfram Mittelmeier, Orthopäde und Klinikdirektor an der Universitätsmedizin in Rostock sowie Anja Schießler, Geschäftsführerin der SELBSTHILFE MV als Patientenvertreterin ein.

Professor Mittelmeier appellierte, dass ein Risikobewusstsein geschaffen und ein entsprechendes Risikomanagement eingeführt werden muss. Damit fängt die Patientensicherheit nicht erst bei der Fehlerbeschreibung, sondern bereits bei der Risikoabschätzung an. Frau Schießler befürwortete die Einführung von Patientenrechtsbeauftragten an den Krankenhäusern. Allerdings dürften diese nicht als „Alibifiguren“ wirken,

sondern müssten mit klaren Aufgaben und Rechten ausgestattet werden.

An dieser Stelle hielt es Minister Glawe, der immer noch im Auditorium saß, nicht mehr auf seinem Platz. Er nahm seinen Stuhl, stellte ihn unter den staunenden Blicken des Publikums ins Podium und war fortan mitten in der Diskussion dabei. In Bezug auf die Krankenhausplanung skizzierte der Minister, dass das Land mit 36 Häusern gut aufgestellt sei. Für eine weitere, notwendige Verbesserung der Versorgung müsse man nun Modelle auflegen: aus den Krankenhäusern heraus in die Fläche agieren, aber auch umgekehrt, aus der Fläche heraus niedergelassene Ärzte zeitweise in die Krankenhäuser gehen lassen.

Kompetenzen bündeln

Für vdek-Chefin Ulrike Elsner ist in Mecklenburg-Vorpommern schon viel passiert. Hier gehe es nicht mehr um Schließungen von Krankenhäusern, sondern um Bündelung von Kompetenzen. „Bei planbaren und spezialisierten Behandlungen müssen wir den Patienten sagen dürfen, welche Zentren eine exzellente Qualität liefern. Und bei einem Schlaganfall muss der Rettungsdienst nicht das nächste, sondern das Krankenhaus mit einer ‚stroke unit‘ anfahren oder mit dem Rettungshubschrauber anfliegen“, verdeutlichte sie.

Das vdek-Forum macht deutlich, dass Patientensicherheit über das von Ärzten, Krankenhäusern, der Pflege und Krankenkassen getragene Aktionsbündnis immer mehr als relevanter Faktor wahrgenommen wird. So sind beispielsweise auch die Pflegepersonaluntergrenzen ein Beitrag zur Patientensicherheit; oder auch ein verpflichtendes Implantateregister, das sich in der Gesetzgebungsphase befindet. Bei den Fehlermeldesystemen hat sich nach Ansicht der Ersatzkassen viel getan: Die Teilnahme an Fehlermeldesystemen ist jetzt für alle Krankenhäuser verbindlich. Dabei geht es nicht um eine Kultur des Misstrauens und des Vorwurfs. Es geht darum, aus Fehlern zu lernen. ■

Routine gibt Sicherheit



FOTO: wick/Bernid Gröbler

VON
STEFFEN ALTHORN
Referatsleiter Stationäre
Versorgung
vdek-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Der Ansatz ist richtig – aber unter den aktuellen Bedingungen wird das Potenzial von Mindestmengen noch nicht voll genutzt, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Doch selbst wenn eine Klinik die vorgegebene Mindestmenge erfüllt, bedeutet das nicht automatisch eine echte Spezialisierung, denn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Mindestmengen sind bislang sehr niedrig angesetzt. Sie liegen zum Teil deutlich unter Expertenempfehlungen, auf die unter anderem die Bertelsmann Stiftung in ihrer jüngsten Studie zur Krankenhauslandschaft verweist.

Beispiel Kniegelenk-Totalendoprothesen mit einer Mindestmenge von 50: Der Eingriff wurde 2018 an 21 Krankenhausstandorten in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Dabei entfiel knapp ein Fünftel der Fälle (etwa 500), auf nur ein Krankenhaus, während vier Kliniken hingegen die Mindestfallzahl von 50 Operationen nur knapp erreichten, so dass dort nur einmal pro Woche eine derartige Operation stattfand.

Unter den aktuellen Bedingungen empfehlen die Krankenkassen ihren Versicherten, sich vor einem geplanten Eingriff – wie etwa dem Einsetzen einer Kniegelenk-Totalendoprothese – das Krankenhaus gezielt auszusuchen, denn auch hier gilt: Routine gibt Sicherheit.

Mindestmengen – mehr Erfahrung – mehr Qualität

Die Häufigkeit von Operationen an einem Standort, zum Beispiel bei Kniegelenken, steht in einem direkten Zusammenhang mit der Qualität dieses Eingriffes. Was bedeutet das für die Krankenhauslandschaft? Sollten Patienten weitere Wege in Kauf nehmen, um besser versorgt zu werden?



FOTO: romaset – stock.adobe.com

VOLLSTÄNDIGER KNIEGELENKERSATZ 2018 gab es bundesweit 190.427 Eingriffe

Wenn man etwas lange übt und oft wiederholt, wird man es mit höherer Qualität ausführen können. Das wissen wir längst und handeln danach. Niemand würde sich einen Klempner zu einer Reparatur ins Haus holen, von dem man wüsste, dass er das nur ein, zwei Mal im Monat macht. Aber wie sieht es bei medizinischen Operationen aus? Steht da für uns die Qualität im Vordergrund oder ist nicht das nächst gelegene Krankenhaus schon fast automatisch die erste Wahl?

Mehr Erfahrung – weniger Komplikationen

Obwohl wirklich banal, muss man diese Frage immer wieder von neuem beantworten: Ja, je mehr Erfahrungen eine

Klinik bei bestimmten Eingriffen hat, umso größer sind die Erfolgsaussichten. Der Umkehrschluss gilt natürlich auch und ist statistisch bestens belegt. Fehlt einer Klinik diese Art von Erfahrung bei Operationen, treten vermehrt Komplikationen auf. Der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und OP-Qualität wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien gezeigt und ist für eine Reihe von Operationen sogar bewiesen. Dazu gehört auch das Implantieren von künstlichen Kniegelenken. Der Gesetzgeber hat deshalb seit 2006 für verschiedene Eingriffe so genannte Mindestmengen festgelegt. Das heißt, ein Krankenhaus muss beispielsweise die Knie-Operation (vollständiger Gelenkersatz) mindestens 50 Mal im Jahr erbracht haben, um sie weiter anbieten zu können und auch um die Bezahlung

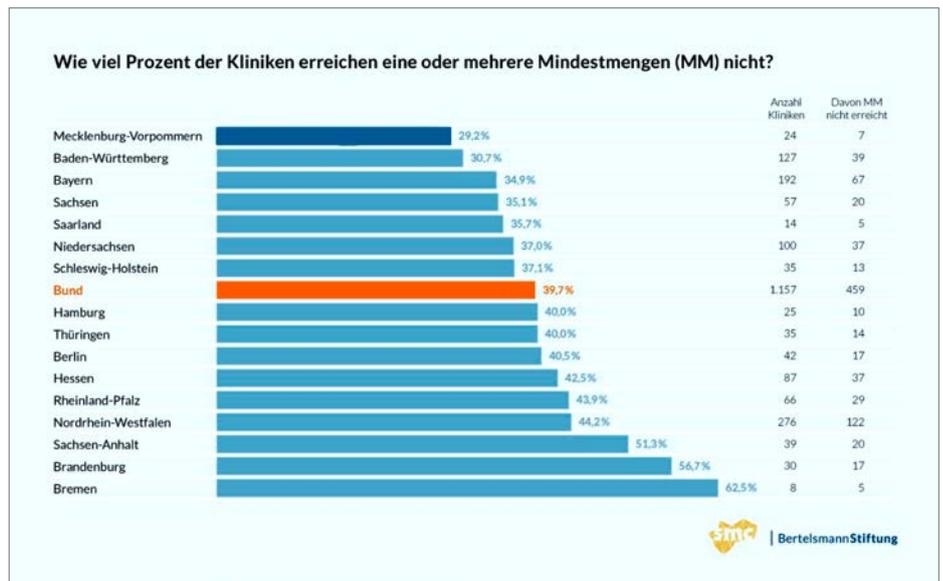
des Eingriffes durch die gesetzlichen Krankenkassen zu erhalten. Es gibt auch nur wenige Ausnahmetatbestände, in denen Kliniken diese Mindestmengen geringfügig unterschreiten dürfen. Zum Beispiel wenn Abteilungen neu etabliert werden.

Mengenregelung für Operateur

Die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) geht sogar noch einen oder zwei Schritte weiter. Mindestmengen in der Knieendoprothetik sollten demnach nicht nur für den Standardeingriff (Vollprothetik) gelten, sondern auch für die mit vielen Komplikationsrisiken behafteten Revisionseingriffe, das heißt für Reparaturingriffe nach der ersten Operation. Außerdem sollte der Einsatz einer Teilprothese (Schlittenprothese) ebenso dazu gehören. Beide Eingriffe stellen laut der AE fachlich gleichfalls höchste Anforderungen an den Operateur. Die Fachgesellschaft fordert darum außerdem, die Mindestmenge auf den Operateur zu beziehen und nicht nur pro Klinik festzulegen. So werde sichergestellt, dass der Chirurg im Durchschnitt jede Woche eine Knieprothese implantiert oder wechselt – erst dann könne man von wirklich guter chirurgischer Qualität sprechen.

Konzentrieren und Kooperieren

Was bedeutet die Anwendungen von Mindestmengen für die Struktur unserer Krankenhauslandschaft? Kleinere Krankenhäuser haben es schwer, die Mindestmengen bei bestimmten chirurgischen Operationen zu erzielen. Die Bertelsmann-Stiftung hat Anfang August 2019 eine Studie zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung veröffentlicht. Ergebnis der Studie ist: wir haben zu viele und vor allem zu viele kleine Krankenhäuser. Die Versorgungsqualität ließe sich erhöhen, wenn man die Krankenhauslandschaft stärker konzentrieren würde. Dabei müsse der Grundsatz „Qualität vor Erreichbarkeit“ gelten.



MINDESTMENGEN Kliniken in M-V zwar am besten, aber noch lange nicht gut genug

In ländlichen Regionen, somit in weiten Teilen von Mecklenburg-Vorpommern, liegen Krankenhäuser eben nicht nur wenige Kilometer auseinander. Für die meisten Menschen ist die Erreichbarkeit von Krankenhäusern ein sehr wichtiger Punkt, zumal wenn es um die Sicherheit geht, im Notfall schnell versorgt zu werden. Der klassische Zielkonflikt zwischen Qualität und Erreichbarkeit muss bei der Frage der flächendeckenden Versorgung anders diskutiert werden. Aus Sicht der Ersatzkassen benötigen wir daher vor allem Veränderungen in der Zusammenarbeit von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit hochspezialisierten Krankenhäusern.

Bei planbaren und spezialisierten Behandlungen, wie eine Knie – oder Hüftprothese muss man dem Patienten sagen dürfen, welche Zentren eine exzellente Qualität liefern. Und bei einem Schlaganfall muss der Rettungsdienst nicht das nächste, sondern das Krankenhaus mit einer „stroke unit“ (Schlaganfallzentrum) anfahren oder sogar mit dem Rettungshubschrauber anfliegen.

Oft lohnt ein Blick über die Grenzen hinaus. In Dänemark ist dieser Konzentrationsprozess schon in vollem Gange und die Niederländer haben gerade ihre sieben Kinder-Onkologien zu einem Zentrum zusammengeführt. Dort haben die

Ärzte selbst gesagt, als Eltern würden sie die beste Behandlung für Ihr Kind wollen und bei sieben einzelnen Standorten kann nicht jedes Krankenhaus das Beste sein.

Länger Fahren für bessere Qualität

Die Diskussion ist längst auch in Mecklenburg-Vorpommern angekommen (vergl. dazu Kommentar, Kasten). Gesundheitsminister Harry Glawe forderte beispielsweise in seinem Statement auf dem Ersatzkassenforum zur Erhöhung der Patientensicherheit ein breites Spektrum von Einzelmaßnahmen. Basierend auf den Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) setzte er sich für Struktur- und Prozessvorgaben ein. Das können beispielsweise Qualitätszirkel oder der Pflegepersonalschlüssel bis hin zu Vorgaben für die Einhaltung der Mindestmengenfestlegungen, zum Beispiel für den Kniegelenkersatz, sein.

Ein solcher Konzentrationsprozess ist ganz sicher nicht einfach. Er erfordert die Einsicht der Politik und der Krankenträger, die Klinikstrukturen nach fachlichen und Qualitätsgesichtspunkten weiter zu entwickeln. Und er erfordert die Einsicht der Patienten, für einen qualitativ hochwertigen operativen Eingriff auch schon mal 70 oder 100 km Wegstrecken in Kauf zu nehmen ...

Körper und Seele im Einklang: seelisch gesund aufwachsen

Merkblätter und Filme sollen die Eltern aufklären, was die seelische Gesundheit ihrer Kinder stärkt und wie sie das seelische Wohlbefinden ihrer Kinder fördern können. Denn der Grundstein für die seelische Gesundheit und die psychische Widerstandsfähigkeit wird in der Kindheit gelegt.



MERKBLÄTTER UND FILME sind auch online verfügbar.

Laut einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS-Studie) zeigen 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren psychische und psychosomatische Auffälligkeiten. Hier setzen die Merkblätter und Filme „Seelisch gesund aufwachsen“ präventiv an.

Merkblätter ergänzen U-Untersuchungen

Alle Eltern, die mit ihren Kindern zu den verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) U1-U9 gehen, erhalten zukünftig Merkblätter zur seelischen Gesundheit bzw. psychischen Entwicklung ihrer Kinder. Die zehn Merkblätter wurden von den gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Deutschen Liga für das Kind, der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen entwickelt. Ziel der Merkblätter und Filme in mehreren Sprachen ist es, die Kompetenzen der Eltern zu stärken und auf die seelischen Bedürfnisse der Kinder hinzuweisen. Denn bereits in der Kindheit wird die Grundlage für die spätere seelische Gesundheit und die Widerstandsfähigkeit im Umgang mit belastenden Lebenssituationen gelegt.

Merkblätter sollen das Arzt-Patienten-Gespräch unterstützen

Den Kinder- und Jugendärzten kommt in der Früherkennung, Behandlung und idealerweise in der Prävention von seelischen Störungen eine Schlüsselrolle zu. Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ sollen die Arzt-Patienten-Gespräche unterstützen und sowohl den Arzt als auch die Eltern für die seelische und die psychische Gesundheit der Kinder sensibilisieren. Kinder- und Jugendärzte können die Merkblätter kostenfrei bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beziehen.

Merkblätter und Filme online verfügbar

Die Merkblätter und Filme sind auf www.seelisch-gesund-aufwachsen.de zu finden und online abrufbar. So können Eltern auch außerhalb der U-Untersuchungen erreicht werden. Eltern können sich so jederzeit über die psychische Entwicklung und Förderung ihrer Kinder informieren. ■

Regionalstark – in der Stadt und auf dem Land

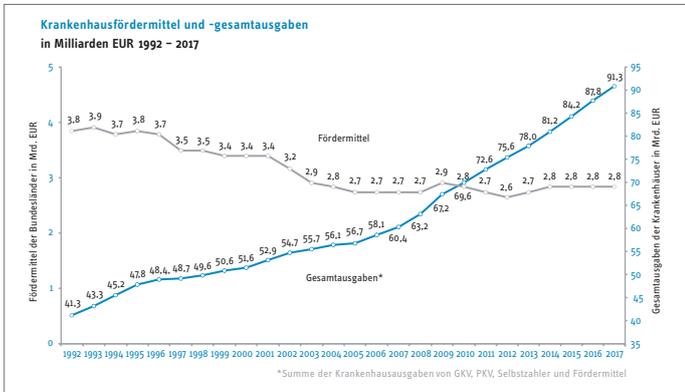
ERSATZKASSEN sind #regionalstark in der Versorgung vor Ort

Die bundesweit organisierten Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk – Handelskrankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse) betonen ihre Stärke in der regionalen Versorgung, sei es in der Stadt oder auf dem Land. Im Zusammenhang mit der von der AOK sehr unsachlich geführten Diskussion um das Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) werden Mythen über die regionale Versorgung verbreitet, die aus Sicht der Ersatzkassen einem Faktencheck nicht standhalten. Insbesondere verschweigt die AOK, dass die wesentlichen Versorgungsverträge überwiegend gemeinsam geschlossen werden (ca. 97 Prozent der Versorgung). Dies bedeutet, dass alle Kassenarten an der regionalen Versorgung beteiligt sind. Ergänzt wird die Versorgung durch zahlreiche Selektivverträge, die auf die spezielle Versorgungssituation vor Ort eingehen.

Fakt ist, dass regionale Versorgung immer vor Ort stattfindet. Auch wenn die Ersatzkassen bundesweit organisiert sind, wird die regionale Versorgung größtenteils gemeinsam mit allen anderen Krankenkassen organisiert. Zusätzlich haben die Ersatzkassen bundesweit 1.380 regionale Versorgungsverträge abgeschlossen, die die Versorgung vor Ort ganz gezielt verbessern.

KRANKENHAUSPLANUNG

An Qualität ausrichten



GRAFIK: vdek, Quelle: Eigene Darstellung nach: Umfrage der AG Krankenhauses der AOKG

KRANKENHAUSINVESTITIONEN haben die Länder kontinuierlich zurückgefahren

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland nach dem Prinzip der „dualen Finanzierung“: Die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, werden von den Krankenkassen finanziert. Die Investitionskosten von Krankenhäusern werden grundsätzlich von den Bundesländern getragen.

Doch für alle Länder ist gleichermaßen feststellbar, dass diese ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung in den letzten Jahren immer weniger nachgekommen sind. So lagen die Investitionsmittel, die alle Bundesländer den Krankenhäusern im Jahr 2017 zur Verfügung gestellt haben, bei 2,8 Mrd. Euro. Fünfundzwanzig Jahre vorher lag die Investitionsfinanzierung der Bundesländer noch bei 3,8 Mrd. Euro, d. h. es gab seitdem einen Abbau um rund 26 Prozent, während im gleichen Zeitraum die Krankenhausaussgaben der Krankenkassen sich mehr als verdoppelt haben – auf 91,3 Mrd. Euro (vergl. Grafik).

Auch Mecklenburg-Vorpommern hat dieses Problem. Aus Sicht der Ersatzkassen ist der geplante Finanzierungsrahmen von 52 Mio. Euro für die weitere Entwicklung der Krankenhäuser im Land nicht ausreichend. Geht man von einem Anteil der Krankenhausfinanzierung der Länder des Jahres 1992 von 10 Prozent aus, wären Investitionsmittel in der Größenordnung von mindestens 150 Mio. Euro im Jahr notwendig, an Stelle der geplanten 52 Mio. Euro.

Sehr wichtig ist es, diese Mittel nicht mit der Gießkanne zu verteilen, sondern gezielt einzusetzen. Erst damit kann man sicher gehen, qualitative Verbesserungen zu erzielen. Es gibt bereits positive Beispiele, in denen zum Teil nach jahrelangem Ringen eine an Qualität orientierte Lösung gefunden werden konnte.

Auch bei anderen hoch spezialisierten Leistungen plädieren die Ersatzkassen für mehr Konzentration. Als Beispiel kann man Operationen an der Bauchspeicheldrüse und an der Speiseröhre nennen, die sogar durch Mindestmengenregelungen des gemeinsamen Bundesausschusses umfasst sind.

KURZ GEFASST

Aus für den „gelben Schein“ geplant

Ab dem Jahr 2021 soll es keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf Papier mehr geben. Die Krankenschreibung wird vom Arzt elektronisch an die Krankenkasse gemeldet, diese informiert dann ebenfalls per EDV den Arbeitgeber über Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Zurzeit laufen bereits sehr erfolgreich erste Versuche zur „elektronischen Umsetzung“.

Verhütungsmittel: Anspruch erweitert

Zum 1. April 2019 wurde der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln vom vollendeten 20. auf das vollendete 22. Lebensjahr heraufgesetzt. Die Ersatzkassen bezahlen alle Verordnungen, die bis zu diesem Datum ausgestellt werden, unabhängig von der Wirkdauer der Kontrazeptiva.

„Auge in Auge“: Geld für Videosprechstunde

Der gemeinsame Bewertungsausschuss hat einen bahnbrechenden Beschluss zur Videosprechstunde gefasst. Ab sofort können Ärzte die Versichertenpauschale auch dann – mit 20 Prozent Abschlag – abrechnen, wenn es im Quartal nur zu einem Videokontakt zwischen Arzt und Patient kommt. Eine persönliche Inanspruchnahme des Arztes in Vorquartalen ist nicht mehr erforderlich.

GLOSSE

„Bauer sucht Frau“ war gestern ...

Das könnte der Ausweg sein. Mit einem Verweis auf ihren Beziehungsstatus (ledig!) hat die gut aussehende Bürgermeisterin einer bayrischen Gemeinde offenbar Erfolg. Die listigen Bayern hatte das Stellengesuch für einen Hausarzt im renommierten „Ärzteblatt“ um den „Geheimtipp“ ergänzt: „Die Bürgermeisterin ist noch unverheiratet!“. Angeblich sei sie jetzt schon mit einigen Bewerbern in Kontakt. Das Beispiel könnte Schule machen. Neben guten Kreditbedingungen, preiswerten Grundstücken oder Mietvergünstigungen werden demnächst heiratswillige Einwohner der Kommune angeboten. Dann hieß es nicht mehr „Bauer sucht Frau“, sondern „Arzt bekommt Frau“. Dumm nur, dass vor allem in den ländlichen Regionen unserer herrlichen Heimat leider schon viele Schönheiten das Land verlassen haben ...

BÜCHER

Erfolg haben durch klares Denken

Scheinbar hilflos sind wir neuen Technologien, Zukunftsunsicherheiten und Manipulationsmaschinen ausgeliefert. Überfordert von der Fülle an Handlungsoptionen sind wir wie paralytisch und vertrauen eher Algorithmen als eigener Erfahrung. Doch wie gewinnen wir Entscheidungs- und Denkhoheit zurück? Ingo Radermacher gibt Antworten. Sein Buch verbindet Zeitdiagnose und Sachinformation. Es zeigt unterhaltsam die Irrwege auf, die wir heute in Sachen „Entscheidung“ einschlagen und bietet klare Lösungen an, wie es besser geht.



Ingo Radermacher
Denk klar – Klug entscheiden in digitalen Zeiten
1. Auflage 2018, 272 S., € 24,95
Verlag BusinessVillage

Klaviatur des Verhandeln

Mal ehrlich, streiten Sie noch oder verhandeln Sie schon? Mit Freund oder Feind? In privaten und beruflichen Verhandlungen treffen wir auf beide. Echte Profis verhandeln deshalb immer flexibel und beherrschen eine große Klaviatur. In ihrem Buch zeigt Jutta Portner, wie Sie sich optimal mit der NEG0-Strategie auf jeden Verhandlungspartner einstellen. Ob bei komplexen beruflichen Verhandlungen oder für private Situationen – Sie erfahren, wie Sie gleichzeitig kooperieren und konkurrieren können. So gelingt jede Verhandlung.



Jutta Portner
Flexibel verhandeln
Die vier Fälle der NEG0-Strategie
1. Auflage 2017, 360 S., € 34,90
GABAL Verlag

HEILMITTELANBIETER

Zulassungsverfahren vereinfacht



ILLUSTRATION: Hans Biedermann

Wer gesetzlich Krankenversicherten Heilmittelleistungen wie etwa Ergotherapie, Podologie, Physiotherapie oder Sprachtherapie anbieten möchte, braucht eine Zulassung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Bislang musste diese Genehmigung von den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) einzeln eingeholt werden. Seit dem 1. September 2019 hat sich das Zulassungsverfahren vereinfacht:

Wollen Heilmittelanbieter eine neue Praxis eröffnen oder ihre Zulassung ändern lassen, müssen sie das nur noch an einer Stelle beantragen. Für Praxisinhaber mit Sitz in Mecklenburg-Vorpommern ist das die „Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Heilmittelleistungserbringerzulassung M-V“. Sie hat ihren Sitz bei der vdek-Landesvertretung M-V. Das Zulassungsverfahren ist kostenfrei.

Hintergrund ist eine Neuregelung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz. Danach haben die Krankenkassen eine ARGE zu bilden, die mit Wirkung für alle Krankenkassen die Entscheidungen über die Zulassung von Heilmittelleistungserbringern trifft. → <https://www.zulassung-heilmittel.de/argen/MVP.html>

INTERNET

Auszeichnung für vdek-Pflegelotse



SCREENSHOT vdek

Rund 1,2 Millionen Besucher pro Monat klicken sich im Internet auf den vdek-Pflegelotsen, das Webangebot des vdek zur Suche von Pflegeeinrichtungen. Nun ist die Website zum dritten Mal mit dem Preis „Deutschland Beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden, den der Fernsehsender n-tv und das Deutsche Institut für Service-Qualität verleihen. Der vdek-Pflegelotse enthält bundesweit rund 25.000 Einträge zu stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und häuslichen Betreuungsdiensten. Allein in Sachsen-Anhalt gibt es rund 453 stationäre, rund 464 teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie 652 ambulante Pflegedienste. Der vdek-Pflegelotse ist abrufbar unter: www.pflegelotse.de

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern des vdek
Werderstraße 74a, 19055 Schwerin
www.vdek.com
Telefon 03 85 / 52 16-100
E-Mail
LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com
Redaktion Dr. Bernd Grübler
Verantwortlich Kirsten Jüttner
Druck Kern GmbH, Bexbach
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik Schön und Middelhaufe GbR
ISSN-Nummer 2193-2182