

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE FORUM Krankenhausreform | GUTACHTEN Inhalt mit Sprengkraft | REGIONALE UNTERSCHIEDE zu viele Operationen | ORGANSPENDE Mecklenburg-Vorpommern gegen den Trend

MECKLENBURG-VORPOMMERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2014

PRÄVENTIONSGESETZ

Licht und Schatten



FOTO: DAK-Gesundheit/Schlagger

Die Ersatzkassen sehen im Entwurf des neuen Präventionsgesetzes einige gute Ansätze. Es besteht die Hoffnung, dass mit dem Gesetz auch jene Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die sich bisher aus den unterschiedlichsten Gründen nicht ausreichend um ihre eigene Gesundheit gekümmert haben. Auch könnte die stärkere Fokussierung auf die Lebenswelten der Menschen, den Settings, Vorteile bringen. Für gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben, Schulen, Kindergärten, aber auch in kommunalen Brennpunkten soll mehr Geld zu Verfügung gestellt werden. Doch Geld allein ist nicht alles. Weitere Partner sind notwendig, um das Gesetz wirklich mit Leben zu erfüllen. In dieser Hinsicht kritisieren die Ersatzkassen, dass lediglich die Kranken- und Pflegekassen an den Kosten beteiligt werden sollen und nicht zum Beispiel auch die Renten- und Unfallversicherungen oder die Berufsgenossenschaften.

ERSATZKASSENFORUM

Überflüssige Operationen nicht mehr bezahlen!

Versorgung angleichen – Erreichbarkeit erhöhen – Qualität verbessern! Mit diesen Forderungen des Verbandes der Ersatzkassen lässt sich die Diskussion zum Thema Krankenhausreform anlässlich des diesjährigen „Schweriner Gesprächs“ zusammenfassen.

Die weitest gehende Forderung der Ersatzkassen ist die, in Zukunft Operationen nicht mehr bezahlen zu müssen, die vereinbarte Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Das gleiche gilt für solche Operationen, die medizinisch nicht unbedingt notwendig, also eigentlich überflüssig sind. Mit diesem heiklen Thema beschäftigt sich der Verband der Ersatzkassen schon seit längerer Zeit sehr ernsthaft. Er hat deshalb mehrere wissenschaftliche Institutionen unter Führung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (kurz: RWI) beauftragt, die Situation in der stationären Versorgung in einer Studie zu analysieren. Aus diesen Erkenntnissen abgeleitet, sollte das Institut Empfehlungen für notwendige Veränderungen in der Krankenhausplanung geben.

„Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die Gegenwart erkennen und die Zukunft bestimmen.“ Mit diesen Worten des alten chinesischen Philosophen Laotse leitete Karl Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung, das diesjährige „Schweriner Gespräch der Ersatzkassen“ zum Thema Krankenhausplanung

und Krankenhausreform in Schwerin ein. Der Blick in die Vergangenheit zeigt: Die Zahl der Krankenhaufälle ist seit 2005 um fast 13 Prozent auf über 18,5 Millionen angestiegen. Die Krankenhauskosten stiegen von 2005 bis 2012 um 32 Prozent auf 64,7 Milliarden Euro an. Dabei ist kritisch zu hinterfragen: Waren wirklich alle stationären Krankenhaufenthalte notwendig? Die Ergebnisse der Studie besagen – nein!

»Nur wer die Vergangenheit kennt, kann die Gegenwart erkennen und die Zukunft bestimmen.«

Laotse

Nur etwa ein Drittel davon ist dadurch zu erklären, dass die Menschen älter und kränker geworden sind. Unnötige Krankenhaufenthalte und unnötige Operationen sind die Folge dieser Entwicklung. Und genau das wollen die Ersatzkassen ihren Versicherten nicht mehr zumuten.

Die andere Seite der Medaille belegt: Auf den Krankenhäusern der Bundesrepublik und auch auf denen unseres



KOMMENTAR

Bundeseinheitliche Kriterien sind das A und O!



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Um auch für die zukünftigen Herausforderungen gut aufgestellt zu sein, benötigen wir für die Entwicklung der stationären Strukturen bundeseinheitliche Kriterien. So muss definiert werden, welche Art von Krankenhäusern in welcher Zeit für die Patienten erreichbar sein müssen. So sollen Kliniken mit Stationen für Innere Medizin und allgemeine Chirurgie (Grund- und Regelversorgung) innerhalb von 30 PKW-Minuten erreichbar sein. Für eine spezielle Behandlung, zum Beispiel in der Orthopädie, Kopfchirurgie oder für Herzoperationen (Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung), sollten diese Zentren mit dem Auto innerhalb von 60 Minuten angefahren werden können. Obwohl die Erreichbarkeit bei der Grundversorgung heute schon bei fast 100 Prozent (99,6) und bei der Schwerpunktversorgung bei 96,3 liegt, bleibt dieser Zustand gerade in einem Flächenland eine echte Herausforderung. Darüber hinaus waren sich alle Beteiligten am „Schweriner Gespräch der Ersatzkassen“ einig, dass die Neuausrichtung der Krankenhausplanung ein wesentlicher Baustein bei der anstehenden Krankenhausreform darstellen muss. Angesichts der knappen Ressourcen erfüllt ein bloßes Fortschreiben der bestehenden Standortplanungen und Angebote nicht den Anspruch der Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.



PODIUMSDISKUSSION: (v. l.) Dr. Falko Milski (VKD), Dr. Hermann Schulte -Sasse (Gesundheitssenator Bremen), Renate Heusch-Lahl (Moderation), Karl Nagel (vdek), Stefan Wöhrmann (vdek)

Bundeslandes lastet ein erheblicher wirtschaftlicher Druck. Bundesweit mussten mehr als ein Drittel (35 Prozent) aller Krankenhäuser im Jahr 2012 Verluste hinnehmen, 16 Prozent der Häuser standen sogar vor einer Insolvenz. Da stellt sich jetzt, also in der Gegenwart, die Frage: Wie kann man dem begegnen? Was müssen wir heute anders regeln, damit wir in Zukunft die Herausforderungen des demografischen Wandels meistern können?

Planung steht im Mittelpunkt

Dreh- und Angelpunkt für diese notwendigen Strukturanpassungen ist für die Ersatzkassen die Reform der Krankenhausplanung. „Diese soll nicht dem Wettbewerb, also dem freien Spiel des Marktes, überlassen werden. Aber es müssen neben den Ländern auch der Bund und die Krankenkassen, als Hauptfinanziers, besser in die Ressourcenplanung eingebunden werden“, argumentiert Stefan Wöhrmann, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung in der vdek-Verbandszentrale in Berlin. Die Planung soll natürlich weiterhin Ländersache bleiben. Aber sowohl der Bund, als auch die Krankenkassen müssen künftig stärker, mit eigenen Rechten, einbezogen werden. Notwendig sind außerdem bundeseinheitliche Planungskriterien für Krankenhäuser der Grundversorgung und für Fachkrankenhäuser bzw. Universitätskliniken. Solche

einheitlichen Planungskriterien sind darüber hinaus auch für die Notfallversorgung von größter Relevanz. Für Stefan Wöhrmann ist deshalb eine Empfehlung des RWI besonders wichtig: „Wir müssen das Versorgungsniveau in allen Bundesländern gleichermaßen entwickeln“ (siehe auch Kommentar auf dieser Seite).

Mehr „Ambulantes“ im Krankenhaus

Gerade die Krankenhäuser in den eher ländlich strukturierten Regionen stehen absehbar vor großen Herausforderungen. Einerseits werden sie ihre Strukturen verändern müssen, andererseits werden sie aufgrund des demografischen Wandels zunehmend Aufgaben der ambulanten Medizin und bei der Organisation des Rettungsdienstes übernehmen (z. B. die Bereitstellung von Notärzten).

Das sieht auch Dr. Falko Milski, Landesvorsitzender des Verbandes der Krankenhausdirektoren in Mecklenburg-Vorpommern, so. Nach seiner Auffassung werden viele Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern in naher Zukunft auch ambulante Aufgaben bei der Versorgung der Bevölkerung übernehmen und sich stärker im Rettungsdienst engagieren. Allerdings sieht er die geplante Regelung des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) kritisch, nach der Ärzte in Krankenhäusern ambulante Leistungen übernehmen sollen, wenn

Patienten bei niedergelassenen Ärzten keine schnellen Termine bekommen und daraus lange Wartezeiten resultieren. Diese „Schwachstelle“ muss im System der Niederlassung behoben werden.

Aus Sicht von Dr. Milski stehen heute schon einige der Reformvorschläge des RWI und der Ersatzkassen im Krankenhausplan des Landes, so dass man schon jetzt viel Transparenz in den Krankenhäusern hat. Diese vorgegebene Transparenz im Zusammenspiel mit einer Vielzahl von Gütesiegeln und Qualitätsvereinbarungen gewähren als so genannte „harte Faktoren“ eine hohe Strukturqualität. Ansonsten würden die Krankenkassen auch keine Leistungen bezahlen. Als zusätzliche „weiche Faktoren“ kommen Klinikführer, Patientenbefragungen, die Medien oder beispielsweise die „Initiative Patientensicherheit“ ins Spiel. Mit Blick auf die stringente Forderung der Ersatzkassen, schlechte Qualität in Zukunft nicht mehr bezahlen zu wollen, stellt der Landesvorsitzende die Frage: Was ist schlechte Qualität? Hier müsse neben der Gesamtbetrachtung unbedingt auch immer der konkrete Einzelfall in den Fokus genommen werden. Sein Fazit: „Bevor man über viele neue Dinge nachdenkt, sollte man auf die bestehenden setzen und diese weiterentwickeln.“

Fallpauschalen haben sich bewährt

Dr. Hermann Schulte-Sasse, „Protagonist der ersten DRG-Stunde“, nutzte die Gelegenheit und warf beim „Schweriner Gespräch“ einen Rückblick auf die Entwicklung der Krankenhauslandschaft und auf die Krankenhausplanung. Schulte-Sasse, heute Gesundheitsminister in Bremen und Mitglied der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausplanung, war seinerzeit als Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit einer der Väter bei der Einführung des neuen Krankenhausabrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG-System, vereinfacht: Zusammenfassung und Abrechnung von stationären Leistungen in Diagnosegruppen/Fallpauschalen, so genannte DRG – diagnostic related groups). Von den damaligen drei Erwartungen wurden zwei erfüllt. Erstens ist das System transparenter geworden. Die Beitragszahler, die das Krankenhauswesen finanzieren, können heute viel besser als damals das Leistungsgeschehen in einer Klinik verstehen und beurteilen, weil das Krankenhaus so genannte Krankenhausberichte allgemeinverständlich veröffentlichten muss. Zweitens wollte man mit der Einführung der Fallpauschalen „die Spreu vom Weizen“ trennen, also die

überdimensionierten Krankenhauskapazitäten bereinigen. Das sei schließlich gelungen, was man an der geringeren Zahl der Krankenhäuser und noch mehr an der deutlich gesunkenen Zahl der Krankenhausbetten ersehen könne. Dies ist jedoch nach Schulte-Sasse nicht vordergründig auf die Wirkung der DRGs, sondern eher durch Fusionen oder den Kauf von Kliniken mit anschließender Marktberreinigung zurückzuführen. Das dritte Ziel wurde jedoch klar verfehlt. Man hatte gehofft, dass es auch zu einer automatischen Selektion zwischen Krankenhäusern der Grundversorgung und denen der Spezialversorgung kommen würde. Das ist nicht geschehen. Insofern begrüßt der promovierte Mediziner und Gesundheitsminister die Empfehlungen des Wirtschaftsinstitutes sowie die Forderungen der Ersatzkassen durch bundeseinheitliche Planungskriterien eine klare Struktur- und Aufgabenverteilung zu erzielen.

Reform oder „Reförmchen“?

Danach brannte der Gesundheitsexperte ein wahres Feuerwerk an Vorhaben und Vorstellungen ab, die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aktuell zum Thema Krankenhausplanung, Qualitätssicherung, Krankenhausfinanzierung und Investitionskosten diskutiert werden. Fazit: Trotz vieler Zwischenergebnisse und möglicher Szenarien stehe alles unter dem Finanzierungsvorbehalt. An der Frage – Was können wir uns (finanziell) leisten? – kommt keiner vorbei.

Diese Aussage veranlasste Ersatzkassenvertreter Stefan Wöhrmann zu einer warnenden Prognose: Die Bundespolitik muss aufpassen, dass am Ende nicht nur ein „Reförmchen“ übrig bleibt. Wer Investitionskosten finanziert, muss auch bei der Planung mitmachen dürfen! Man sollte nur noch echte Qualität bezahlen! Obwohl es aus seiner Sicht noch viele Jahre dauern wird, ehe die „schlechte Qualität“ und der „Drang zur Menge“ vom Markt verschwindet – man muss damit beginnen! In dieser Hinsicht war das „Schweriner Gespräch der Ersatzkassen“ ein guter Schritt am Anfang dieser Entwicklung. ■

Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung 2014

1. Länderplanung einheitlich gestalten
2. Qualitätsorientierung vorantreiben
3. Selbstverwaltungskompetenzen stärken
4. Angebotsmonitoring etablieren
5. Innovationen sicher einführen
6. Sektorenübergreifende Betrachtung sicherstellen
7. Bund an der Investitionsfinanzierung beteiligen

Der Rat der Weisen ...

Es ist ein Bericht mit „Sprengkraft“. Doch die Veröffentlichung eines Gutachtens zur bedarfsgerechten Versorgung ist in der Öffentlichkeit weitestgehend geräuschlos verlaufen. ersatzkasse report. deckt auf ...



QUELLE: SVR Gesundheitswesen

ZUR UMSETZUNG EMPFOHLEN! Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheitsminister Gröhe (Bildmitte)

Gründung von „Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“, bestehendes Überangebot von stationären Versorgungsangeboten abbauen, fortschreitende Urbanisierung mit Entleerung, Überalterung und infrastrukturelle Schrumpfung von ländlichen Regionen, „Landarztzuschläge“, Aufkauf von Arztpraxen, mehr Praktika für Medizinstudenten, Übergang der ambulanten Sicherstellung auf die Landesregierung, mehr Pflegewissenschaftliche Lehrstühle an Universitäten, Einführung frei kalkulierter, apothekenindividueller Handelsspannen usw., usw., usw. Was sich wie ein Potpourri von Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum liest, hat es in sich. Und dies ist nur ein kleiner Auszug von Feststellungen und Empfehlungen aus dem 629 Seiten starken Bericht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Die verpasste „Revolution“?

Wer es liest, kommt fast zwangsläufig zu der Frage: Was haben Politik, Ärzteschaft oder die gesetzliche Krankenversicherung angesichts der sich abzeichnenden Probleme in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung in ländlichen Regionen in den letzten Jahren eigentlich gemacht? Oder anders ausgedrückt: Das Gutachten enthält sehr viele Ansätze, zum Teil „revolutionäre“ Empfehlungen, die nachhaltig die doch eher fest zementierten Strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung erschüttern könnten. Eigentlich hätte ein Aufschrei durch die Welt der Krankenversicherung gehen müssen, angesichts des geforderten Strukturwandels und der vielen guten Ideen. Es hätte ein längst nötiges Verlassen von verkrusteten Strukturen oder von „lieb gewonnenen Positionen“ auslösen können. Stattdessen scheint es fast durchs „Sommerloch“ gerutscht zu sein oder ist, wie es ein renommierter

Informationsdienst befürchtete, vielleicht dem berühmt berüchtigten Beamtenmotto „Lesen, Lachen, Lochen“ zum Opfer gefallen. Aber genau das hat dieses Gutachten nicht verdient. Ersatzkasse report. wird deshalb wesentliche Feststellungen und Empfehlungen des Gutachtens noch mal ans Licht ziehen.

Ländlicher Raum im Fokus

Das Gutachten stellt klar, dass es einen erheblichen Reformbedarf vor allem durch Fehlverteilungen der vorhandenen Versorgungskapazitäten gibt. Dieser besteht zwischen den städtischen Ballungsräumen (oft Überbedarf) und den ländlichen Regionen (oft Unterbedarf) sowie zwischen der hausärztlichen Grundversorgung und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Dazu kommt, dass es besonders im ländlichen Raum eine Reihe von Krankenhäusern gibt, die defizitär wirtschaften und deren wirtschaftli-

»Wir wollen die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung gerade in strukturschwachen Regionen weiter verbessern.«

Herman Gröhe (CDU), Bundesgesundheitsminister

che Existenz zum Teil bedroht ist. Aber auch in der Pflegeversicherung wird es zukünftig große Probleme geben, da auf Grund des demografischen Wandels eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen einer immer geringer werdenden Anzahl von Pflegepersonal, insbesondere von Pflegefachkräften, gegenüberstehen wird. Kurz

gesagt: Wir werden immer mehr sehr alte Menschen in Deutschland haben, die zum Teil mehrfach erkrankt sind. Dagegen wird der Arbeitsmarkt potentiell stark schrumpfen.

Deshalb, so der Rat, müssen Konzepte einerseits auf den Abbau regionaler und fachspezifischer Überangebote abzielen, andererseits Maßnahmen eingeleitet werden, die die mögliche, kommende Unterversorgung in einigen Bereichen kompensieren. Das heißt: Es müssen gleichzeitig mehrere Wege bestritten werden.

Schwerpunkt: Allgemeinmedizin

Obwohl es in der Vergangenheit schon vielfältige Anstrengungen und Maßnahmen gegeben hat, auch in Mecklenburg-Vorpommern, konnte die Ausdünnung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten nicht verhindert werden. Außerdem wird festgestellt, dass es eine sehr starke Konzentration auf die fachärztliche Ausbildung gibt. Gegenwärtig entfallen 90 Prozent aller Facharztabschlüsse auf einen Spezialbereich (Chirurg, Orthopäde, Augenarzt, usw.) und nur zehn Prozent auf den Bereich Innere und Allgemeinmedizin, also auf die hausärztliche Ausbildung. Um den Bedarf an Hausärzten zukünftig decken zu können, müssten mindestens doppelt so viele Fachärzte für Allgemeinmedizin weiter gebildet werden, als das gegenwärtig der Fall ist.

Die Expertenrunde empfiehlt deshalb u. a.:

- Einen Vergütungszuschlag von 50 Prozent für Haus- und Fachärzte zu zahlen, die in unterversorgten Gebieten praktizieren („Landarztzuschlag“). Unterversorgung liegt nach den gängigen Planungskriterien dann vor, wenn der Versorgungsgrad (Verhältnis: Arzt – Bevölkerungszahl) bei den Hausärzten unter 90 Prozent und bei den Fachärzten unter 75 Prozent liegt.

Anmerkung: Aus den Erfahrungen in Mecklenburg-Vorpommern weiß man, dass Geld allein nicht das „Allheilmittel“ ist. Vielmehr sind gerade für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte die so



Zwischenfazit

- **Vertragsärzte:** in Kürze **60 %** Fachärzte, **40 %** Hausärzte
- **Anerkennungen:** **90 %** Spezialisten, **10 %** Generalisten
- **Hausärzte:** Nur jeder **zweite** findet derzeit einen **Nachfolger**
- **Weiterbildung:** geschätzt **mindestens doppelt so viele** weitergebildete **Fachärzte für Allgemeinmedizin notwendig**
- **Urbanisierung:** zunehmende **Überversorgung in Ballungsgebieten** und (drohende) **Unterversorgung in ländlichen Regionen**
- **Entwicklung:** in Ost- und Westdeutschland, zumeist erst in den nächsten Jahren konkret spürbar

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

genannten „weichen Faktoren“ von enormer Bedeutung. Das heißt: Wie ist die Infrastruktur in der Region? Gibt es ausreichend Versorgungsmöglichkeiten, einen Kindergarten oder kulturelle Angebote? Bekommt mein Partner einen adäquaten Job? Kann ich mein finanzielles Risiko durch Job-Sharing oder ein Anstellungsverhältnis minimieren? Usw.

- Bei einer Überversorgung von mehr als 200 Prozent sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen obligatorisch die frei werdenden Arztsitze aufkaufen.

Anmerkung: Das würde die bestehenden Überangebote in den großen Städten bzw. in den Großstadtreionen abbauen. Dies wäre ein kontinuierlicher Prozess, da erfahrungsgemäß Arztpraxen in Städte sukzessive aufgegeben werden. Das für die Versorgung teilweise „eingesparte“ Geld könnte dann für die Zahlung der „Landarztzuschläge“ verwendet werden.

- Die Ausbildung an den Hochschulen sollte mehr auf die Stärkung der Allgemeinmedizin ausgerichtet werden, sowohl im Vorlesungsbereich, als auch im Praktischen Jahr des Medizinstudiums. Dafür könnten auch finanzielle Anreize geschaffen werden. Außerdem sollten noch mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten eingerichtet werden.

Anmerkung: In dieser Hinsicht ist Mecklenburg-Vorpommern bereits vorbildlich, da es an den Universitäten Rostock und Greifswald je einen Lehrstuhl gibt. Dieser wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern finanziert, also letztlich auch durch die Beiträge der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die das Honorar der Ärzte bezahlen. Die Einrichtung der Lehrstühle hat sich quasi schon „bezahlt“ gemacht, da seitdem in die politische, die wissenschaftliche und die strukturbestimmende Diskussion immer mehr die Erkenntnis einfließt, dass die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin einen hohen Stellenwert hat und weiter verbessert werden muss.

In unserem Bundesland dürfen Ärzte, Kammervertreter, Politiker, Kommunalvertreter und auch die Verantwortlichen in den Chefetagen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nachlassen, um die Bedingungen für die Ausbildung zum Allgemeinmediziner zu verbessern. Fast noch wichtiger ist es, anschließend an das Medizinstudium solche Möglichkeiten zu schaffen, die junge Ärzte bewegen, sich niederzulassen oder eine geeignete Anstellung zu finden. Lokale Gesundheitszentren könnten dabei eine Rolle spielen. Das werden wir im nächsten Report untersuchen. ■

Stark schwankende OP-Zahlen in den Regionen

Über vier Millionen Krankenhausaufenthalte könnten in Deutschland durch eine zielgerichtete ambulante Versorgung vermieden werden. In einzelnen Regionen werden bestimmte Krankheiten sogar bis zu 65mal häufiger operiert.



FOTO Tina Binder - Fotolia.com

OPERATIONEN: Regional manchmal zu viele!

Diese Tatsachen brachten Untersuchungen der Münchener Ludwig-Maximilian-Universität und der Bertelsmann-Stiftung an den Tag. Danach werden diese exorbitant höheren Operationen entgegen bestehenden Erkenntnissen und Leitlinien trotzdem durchgeführt. Das ist ein eindeutiges Indiz für Fehlanreize, ja regelrecht für eine Fehlversorgung. Für die aufwändige Studie wurden je zur Hälfte durch ambulante bzw. stationär tätigen Ärzten so genannte „ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte“ (ASK) identifiziert und bewertet. Das sind Fälle, die bei Berücksichtigung bestimmter Umstände ambulant erbracht werden können, bei denen aber aus Gründen einer vermeintlichen Versorgungsqualität die „Notwendigkeit einer Hospitalisierung“ gesehen wurde. Nach Einschätzung der beurteilenden Ärzte könnten 75 Prozent der ASK vermieden werden. Das entspricht etwa 4,2 Millionen Krankenhausaufenthalten. Bei einem

angenommenen Fallwert von 1.000 Euro wären das schon 4,2 Milliarden Euro, die nicht für die stationäre Behandlung angefallen wären. Rechnet man die deutlich geringeren Kosten für die substituierte ambulante Behandlung dagegen, bleibt immer noch ein gewaltiges Einsparpotential in Milliardenhöhe übrig.

Auffallend ist, dass die Untersuchung bei den OP-Zahlen gravierende regionale Unterschiede belegt. So schwankt zum Beispiel die Kaiserschnittquote von Region zu Region zwischen 17 und 51 Prozent, bei Kniegelenksoperationen sogar fast um das 65fache! Das kann man medizinisch nicht erklären. Erst recht nicht bei der Operation von Gaumenmandeln, die in manchen Gebieten bis zu 58 häufiger als anderswo durchgeführt wird – entgegen der seit Jahrzehnten bekannten Leitlinienempfehlungen. Außerdem scheint es einen Zusammenhang zwischen der Intensität der ambulanten Versorgung und den Krankenhauseinweisungen zu geben: Offensichtlich sinkt die Zahl stationärer Behandlungen mit einem Anstieg der ambulant abgerechneten Leistungen in einer Region – und auch bei diesen ambulanten Leistungen gibt es starke regionale Unterschiede.

Aus Sicht des vdek sind solche Erkenntnisse notwendige Voraussetzung, um die erkannte Qualitätsdefizite wirksam angehen zu können. Diese Transparenz ist wichtig, auch für die Patienten. Selbst wenn es sicher keine, für alle Bereiche gültige „Patentlösung“ gibt – die offene, konstruktive Qualitätsdiskussion mit den Ärzten in der Niederlassung und am Krankenhaus ist der richtige Weg. ■

Sind wir impfmüde geworden?



FOTO Techniker Krankenkasse

Nach einer repräsentativen Umfrage einer Krankenkasse ließen sich 75 Prozent der Deutschen in der vergangenen Grippe-Saison nicht gegen Influenza impfen. Auch für diesen Winter lehnen vier Fünftel der Befragten, die sich 2013/14 nicht impfen ließen, einen Impfschutz ab. Und das, obwohl Experten warnen, dass die Grippe sehr schwer verlaufen kann. Dabei scheinen vor allem junge Menschen eine Immunisierung zu ignorieren. So planen nur 6 Prozent der 18- bis 29-jährigen, die im vergangenen Winter nicht gegen Influenza geimpft waren, einen Impfschutz für die kommende Grippe-Saison 2015. Sie unterschätzen dabei die Gefahr, dass die Grippe auch für junge, scheinbar gesunde Menschen zu schweren Folgeerkrankungen wie Herzmuskel- oder Lungenentzündungen führen kann. Die „Impfmüdigkeit“ zieht sich offenbar durch alle Altersgruppen. Auch bei den 50 bis 70-jährigen hatte im vergangenen Jahr deutlich mehr als jeder Zweite keinen Impfschutz (64 Prozent).

Die Ersatzkassen warnen immer wieder in der Öffentlichkeit und in ihren Mitgliederzeitschriften, dass man das Infektionsrisiko nicht unterschätzen soll. Besonders Schwangere und Menschen über 60 Jahre weisen ein erhöhtes Risiko auf. Nach Angaben des Robert Koch Instituts werden jährlich bis zu 20.000 Menschen ins Krankenhaus eingewiesen, weil sie sich eine Grippeinfektion „eingefangen“ haben.

ORGANSPENDE

Entscheidung fürs Leben!

FOTO: Fotolia.com



LEBEN RETTEN: Auch du solltest dabei sein!

Erfreulich: Die Bereitschaft, ein Organ zu spenden ist in Mecklenburg-Vorpommern doppelt so hoch wie im gesamten übrigen Bundesgebiet. Und das, obwohl der Medienwirbel um die Organspende-Skandale der letzten Zeit die Spendebereitschaft im übrigen Deutschland stark reduziert hat. Fatal: In der Bundesrepublik warten jährlich ca. 11.000 Menschen auf ein lebensrettendes Spenderorgan. Gut 1.000 von ihnen müssen sterben, weil sie nicht rechtzeitig ein entsprechendes Organ erhalten. Die Entscheidung, Organspender zu werden ist eine Entscheidung fürs Leben – im doppelten Sinn. Einerseits kann das gespendete Organ einem anderen Menschen das Leben retten; andererseits ist es für den Spender selbst eine gravierende Entscheidung, die ihn sein Leben lang begleitet und deshalb auch wohl überlegt sein muss.

In Mecklenburg-Vorpommern wird bereits sehr früh mit der Aufklärung begonnen. Bereits im Unterricht der neunten Klassen ist das Thema Organspende in den Lehrplänen verankert. Offensichtlich gibt es im nordöstlichen Bundesland auch eine besondere politische Diskussionskultur zu diesem brisanten Gebiet, die es geschafft hat, die Spendenbereitschaft voranzubringen.

Ganz wichtig sind auch die vielen, engagierten Mitarbeiter in den Krankenhäusern, denen das Thema offensichtlich sehr am Herzen liegt. So sind im Jahr 2013 durch die Kliniken 30 Prozent mehr bereitwillige Organspender gemeldet worden. Im gleichen Zeitraum sanken die Meldungen im Bundesdurchschnitt um fünf Prozent. Deshalb wurde durch die Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO) im vergangenen Herbst zwei Krankenhäuser für ihr besonderes Engagement ausgezeichnet: das Sana-Krankenhaus Rügen und das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg.

Auch die Ersatzkassen, die federführend für die gesetzliche Krankenversicherung in der Region Nord-Ost der DSO agieren, werden sich weiter anstrengen, damit die Spendenbereitschaft noch weiter ansteigt.

KURZ GEFASST

Gesundheitskarte: Nur mit Foto

Ab dem 1. Januar 2015 darf jeder Versicherte nur noch mit einer Krankenkassenkarte mit Foto beim Arzt, Zahnarzt oder im Krankenhaus behandelt werden. Damit soll ein möglicher Missbrauch von medizinischen Leistungen verhindert werden.

Der Nordosten hat's im Kreuz.

Laut den Gesundheitsreporten 2014 der Techniker Krankenkasse (TK), der BARMER GEK und der DAK sind in Mecklenburg-Vorpommern Rückenbeschwerden eine der häufigsten Diagnosen, wenn es um Fehlzeiten am Arbeitsplatz geht.

Medien-Handbuch Sucht

Die exzessive Nutzung von Medien bietet für Kinder und Jugendliche viel Suchtpotential. Dass und wie man dagegen vorgehen kann, zeigt ein Handbuch. Es ist kostenlos bei der Landesstelle für Suchtfragen M-V (www.lsmv.de) und der Medienanstalt M-V (www.medienaktiv-mv.de) erhältlich.

RETTUNGSDIENST

Jeder dritte Notruf – Fehllarm!

Laut einer Studie des Deutschen Roten Kreuzes sind etwa ein Drittel der Rettungseinsätze gar kein Notfall. Viele Menschen sind in einer schwierigen Situation oft nicht in der Lage, deren Bedrohlichkeit einzuschätzen und die Symptome richtig zu beschreiben. Da wird lieber gleich der Rettungsdienst (Rufnummer: 112) alarmiert, obwohl beim Abwägen aller Umstände auch der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst (bundesweite Rufnummer: 116 117) ausgereicht hätte. Auch die Entscheider in den Leitstellen gehen bei eingehenden Anrufen manchmal lieber auf „Nummer sicher“, besonders dann, wenn die Notsituation durch den Anrufer nur unzulänglich geschildert wird und man spätere haftungsrechtliche Fragen befürchtet. Hier wäre es aus Sicht der Ersatzkassen wichtig, dass die Verantwortlichen in den Rettungsleitstellen besser geschult werden. Durch einen Abfrage-Algorithmus könnte man den tatsächlichen Schweregrad einer Situation ermitteln und dann entweder das geeignete Rettungsmittel oder den Kassenärztlichen Notdienst informieren.

BÜCHER

„Wie fessele ich mein Publikum?“

Was haben Steve Jobs und Cicero gemeinsam? Gibt es ein Rezept für die perfekte Rede? Wie kann man Präsentationen gestalten, die sich durch Überraschungseffekte direkt in das Hirn der Zuhörer beamen? Was können wir von Barak Obama lernen, seinem Auftreten, seinem Charisma? Wie kann ich mit visueller Rhetorik mehr Wissen vermitteln? Die 22 Autorinnen und Autoren sind Top-Experten auf ihrem Gebiet und geben in diesem Buch darauf ebenso spannende wie kurzweilige Antworten.



Nikolaus B. Enkelmann (Hrsg.)
Die besten Ideen für erfolgreiche Rhetorik
Erfolgreiche Speaker verraten ihre besten Konzepte
2014, 272 S., € 29,90
GABAL Verlag

Verhandeln – und gewinnen!

Lassen Sie sich nicht mehr über den Tisch ziehen durch dominante Verhandler. Verhandeln Sie zukünftig professionell und erkennen Sie Manipulationen. Sie fragen sich jetzt: aber wie? Das Buch von Jutta Portner gibt Ihnen dazu durch zeitgemäße, praktische Übungen und den Ansatz des Selbsttrainings wertvolle Anregungen. Als Weiterentwicklung des Klassikers „Das Harvard-Konzept“ (1981) vermittelt die internationale Verhandlungsexpertin die neuesten, zeitgemäßen Techniken und zeigt praktische Übungen für eine erfolgreiche Verhandlungsführung.



Jutta Portner
Besser Verhandeln
Das Trainingstagebuch
2014 392 S., € 29,90
GABAL Verlag

ZUM JAHRESWECHSEL

Neue Herausforderungen

FOTO: senfide - Fotolia.com



Liebe Leserinnen und Leser, In der Advents- und Weihnachtszeit kommt man meistens zur Rückbesinnung. Es ist schön, wenn man gesund ist. Und für den, der krank ist, wird es wichtig sein, dass er sich in der Solidargemeinschaft seiner Krankenkasse gut aufgehoben fühlt. Und in erster Linie natürlich, dass er die notwendige medizinische Betreuung schnell und zielgerichtet erhält bzw. erhalten hat. Mehrere neue Gesetze werden im nächsten Jahr Auswirkungen auf die Finanzpolitik der Kassen haben; so das Versorgungsstärkungsgesetz, das Präventionsgesetz oder das Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Und ganz wichtig: Ab Januar 2015 werden die Kassen wieder eigene Zusatzbeiträge erheben. Wir sorgen dafür, dass wir zusammen mit der Politik und den Leistungserbringern ein leistungsfähiges, solidarisches Gesundheitssystem organisieren und Sie für Ihre Beiträge medizinisch sehr gut versorgt werden. Doch jetzt können wir uns ein paar Tage der Ruhe gönnen. Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein frohes, besinnliches und gesundes Weihnachtsfest sowie einen guten Start ins neue Jahr.

Ihr

Leiter der vdek-Landesvertretung

VDEK-GESUNDHEITSDATEN

Statistik für Jeden



FOTO: vdek

P üntzlich zum Jahresende ist sie da – die vom Verband der Ersatzkassen herausgegebene 19. Auflage der vdek-Broschüre „Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015“. Sie enthält aufbereitete Daten für ganz Deutschland. In fünf Kapiteln werden Inhalte und Entwicklungen ausgewählter Themen mittels Grafiken, Tabellen und Flussdiagramme dargestellt. Bevölkerungs- und Versichertendaten sind ebenso enthalten wie Finanz- und Strukturdaten der jeweiligen Versorgungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der sozialen Pflegeversicherung. Neben der Printausgabe ist die Broschüre auch im Internet zu finden: www.vdek.com/presse/daten.html. Hier sind auch noch weitere Übersichten für den Download bereit gestellt. Unser besonderer Service: Die Statistiken werden im Netz laufend aktualisiert.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern des vdek
Werderstraße 74a, 19055 Schwerin
Telefon 03 85 / 52 16-100
Telefax 03 85 / 52 16-111
E-Mail
LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com
Redaktion Dr. Bernd Grübler
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2182