

report mecklenburg-vorpommern

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Sept. 2009

ersatzkassen

Kleinteilige Bedarfsplanung: **Lösung des Versorgungsproblems?**

Immer wieder machte in den letzten Wochen ein Wort die Runde: Kleinteilige Bedarfsplanung. So auch auf einer Veranstaltung der Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheit, Frau Dr. Martina Bunge (Die LINKE), in Wismar. Sie hatte sich dafür hochrangige Gäste eingeladen, z. B. den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA), Dr. Rainer Hess. Dieser plädierte dafür, dass in überversorgten Gebieten noch genauer auf die tatsächlichen regionalen Gegebenheiten Rücksicht genommen werden müsse und kündigte eine entsprechende Initiative der Bundesregierung an, mit der sich danach der GBA beschäftigen werde.

Honorar soll der Leistung folgen

Demnach könnten auch Ärzte zugelassen werden, wenn ein entsprechender kleinräumiger Bedarf, z. B. in einer kleineren Stadt, bestünde. Allerdings, so die ersten Vorstellungen von Hess, sollte das mit einer Honorarumschichtung verbunden sein. Das heißt, das Geld sollte der Leistung folgen. Demnach müssten Honorarabschläge auf die Punktwerte in den tatsächlich überversorgten Gebieten erfolgen, die dann auf die Punktwerte auf-

In dieser Ausgabe:

- Positionen zur Bundestagswahl
- Schwester AGnES hat sich bewährt
- Hansetour Sonnenschein
- Spezialisierte Palliativversorgung
- „Fangprämien“ in M-V?

geschlagen werden sollen, die von Ärzten erzielt werden, die sich in den unterversorgten Gebieten niederlassen. Unter dem Strich solle es darum ein „Nullsummenspiel“ und dadurch für die gesetzliche Krankenversicherung nicht teurer werden. Soweit so gut, denn Hess schränkte auch gleich ein, dass man einer qualitativ ordentlich arbeitenden Praxis in einer überversorgten Region „quasi kein Geld wegnehmen“ könne; das wäre sicher nicht durchsetzbar. Also würde eine solche Honoraranpassung wieder mehr Geld erfordern? Die Antwort, obwohl nicht ausgesprochen, hieße ja. Unter Fondsbedingungen würden dadurch eindeutig wieder nur die Versicherten belastet.

Klar wäre, dass man die Bedarfsplanung noch weiter verfeinern müsse und neben der regionalen Betrachtung auch die Facharztgruppen weiter „aufzusplitten“ wären. So könne man beispielsweise innerhalb der Gruppe der Augenärzte die „vorwiegend ambulant operierenden Akteure“ nicht mit den „vorwiegend konservativ tätigen Akteuren“ in einen Topf werfen. Auch hier müsse die neue Bedarfsplanung noch feingliedriger ansetzen.

Dieses Phänomen wurde auch seitens der Kassenärztlichen Vereinigung beklagt. Immer mehr werden fachärztliche Leistungen von zumeist Internisten erbracht, die sich eigentlich als „Hausärzte“ niedergelassen hätten. Da sie aber überwiegend fachärztlich tätig sind, „fehlten“ ihre Leistungen für die hausärztliche Versorgung. Diese Entwicklung sehen auch die Krankenkassen mit Sorge, da diese Ärzte sehr oft das ihnen zugewiesene Regelleistungsvolumen überschreiten. Andererseits ist der Topf der Hausärzte noch gut gefüllt und man könnte den Mehrbedarf der fachärztlich arbeitenden Internisten durchaus daraus abfangen.

Mit einer immer weiter verfeinerten Bedarfsplanung werden unter Umständen immer neue „Bedarfsnotwendigkeiten“ geschaffen. Damit wird keinem Ärztemangel abgeholfen. Hier sind andere strukturelle Maßnahmen erforderlich, wie die Arztentlastung durch „Schwester AGnEs“ oder akzeptable Verkehrsverbindungen zwischen ländlichen Räumen und Ballungszentren.

Geld ist nicht alles

Ein ganz anderes Problem sprach der Leiter der Kreisstelle Wismar der Kassenärztlichen Vereinigung

an. Obwohl die KV immer wieder betont, dass genug Geld im System sei, müsse man auch auf die „weichen Standortfaktoren“ achten. Geld sei eben nicht alles. Für die Niederlassungsbereitschaft wären auch strukturelle Faktoren wie eine Arbeitsstelle für den Angehörigen, Kindergärten, Schulen oder kulturelle Möglichkeiten von Bedeutung.

Auch die Kommunen seien mehr gefragt, vernünftige Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich Ärzte ansiedeln. Hier will die Kassenärztliche Vereinigung in den nächsten Wochen ganz konkret auf Kommunen zugehen, um mit ihnen darüber zu verhandeln.

Neue Strukturen schaffen

Auch auf dem „Ersten Greifswalder Symposium zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“ Mitte August in Berlin spielte die kleinteilige Bedarfsplanung eine wichtige Rolle. Ausgehend vom demografisch zunehmenden Versorgungsbedarf konstatierte Professor Wolfgang Hoffmann (Universität Greifswald) auch eine deutliche Überalterung des Ärztebestandes. So werden nach seinen Untersuchungen bis 2020 teilweise bis zu 30 Prozent der heutigen Hausarztstellen nachzubersetzen sein. Die anschließende Diskussion machte deutlich, dass das in den vorwiegend ländlich strukturierten Gegenden von Mecklenburg-Vorpommern nicht durch zusätzliche finanzielle Anreize an Ärzte realisiert werden kann. Hier werden in Zukunft auch die Bedeutung von nichtärztlichen Leistungen zunehmen. Das Greifswalder Modellprojekt „Schwester AGnES“ habe sich bewährt (siehe auch Artikel auf Seite 3).

DER KOMMENTAR



Karl Nagel,
Leiter der vdek-
Landesvertretung

Kleinteiliger Planen: Kein Allheilmittel!

Sicher ist es gut, wenn man gerade in Bezug auf ländliche Regionen etwaige Bedarfe an ärztlicher Versorgung durch eine gezielte Zulassungspolitik befriedigen kann. So können sich dann auch in vermeintlich überversorgten Gebieten noch Haus- oder Fachärzte niederlassen. Andererseits kann es auch, wie bereits jetzt in einigen Ballungszentren, zu kuriosen Konstellationen kommen. So werden beispielsweise die großen, attraktiven Städte über eine ausreichende Konzentration an (Haus)Ärzten verfügen, während sich im nur wenige Kilometer entfernten anderen Landkreis, sprich Planungsbereich, noch Ärzte niederlassen könnten, weil das die neuen Vorstellungen zur Bedarfsplanung zulassen würden. Stattdessen könnten diese Bereiche viel vernünftiger aus den überversorgten Gebieten heraus „behandelt“ werden, ganz zu schweigen davon, dass Patienten besser zur fachärztlichen Behandlung in die „Zentren“ fahren könnten. Auch der Weg über die Einrichtung von Zweigstellen oder Nebensprechstunden, die nach dem Gesetz neuerdings möglich sind, könnte die Versorgung ohne eine neue Vollzulassung absichern. Die Kleinteilige Bedarfsplanung ist also kein Allheilmittel und darf vor allem nicht den notwendigen „Blick über den Tellerrand“ verbauen.

Diese „Gemeinschwester“ unterstützt auf Delegationsbasis den Hausarzt. Sie soll zum Beispiel diagnostische und therapeutische Leistungen erbringen, sich um die Sturzprophylaxe kümmern, bei der geriatrischen und pflegerischen Versorgung koordinierend tätig werden, gegebenenfalls telemedizinische Leistungen organisieren oder auch den Kooperationsprozess aller an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen unterstützen. Nicht zuletzt ist sie ein wichtiges Bindeglied zwischen Arzt und den Angehörigen der Kranken.

Auch Krankenkassen stellten auf diesem Symposium innovative Lösungsansätze für die zukünftige medizinische Versorgung vor. So zum Beispiel die BARMER Ersatzkasse das Projekt „ProMedPlus“, in dem durch eine neue, fallbezogene Kooperation zwischen diversen Ärzten (Vernetzung) und einer Managementgesellschaft die Vollversorgung gerade für Menschen im ländlichen Raum qualitativ verbessert werden kann. Unter anderem sollen hierbei zeitnah Termine vergeben und patientenbezogene Fallkonferenzen durchgeführt werden.

„Schwester AGnES“ hat sich bewährt!

Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Healthgestützte, Systemische Intervention, kurz „AGnES“ genannt – was für ein Wortungetüm für eine an sich sehr nützliche Sache. Über zwei Jahre lang testete das Institut für Community Medicine an der Greifswalder Universität unter der Leitung von Professor Wolfgang Hoffmann die Einführung einer „alten DDR-Erregungsgesellschaft“ – der Gemeindefähigen. In einer Machbarkeitsstudie sollte herausgefunden werden, ob diese Gemeindefähige, die ihren Künstlernamen einer gleichnamigen DDR-Fernsehserie verdankt, in der Lage ist, den Hausarzt besonders im ländlichen Raum Vorpommerns zu entlasten. Sie sollte nach Weisung des Arztes und somit auf Delegationsbasis Hausbesuche bei insbesondere hochbetagten, immobilen Patienten machen und dort verschiedene diagnostische, therapeutische, aber auch Kooperationsleistungen erbringen. Eine wichtige Aufgabe der AGnES war zum Beispiel die Koordination der Behandlungen mit anderen, an der Therapie beteiligten Berufsgruppen, wie den Pflegediensten. Auf der Basis von zum Teil

telemedizinisch erhobenen Daten sollten in direkter Abstimmung (online) mit dem Hausarzt erste Therapieempfehlungen gegeben werden bzw. die Entscheidung getroffen werden, ob eine Vorstellung des Patienten beim Arzt oder sogar ein Hausbesuch nötig sind.

Insgesamt wurden 1.430 Patienten, die einen Altersdurchschnitt von 76,8 Jahren aufwiesen, bei über 11.000 Hausbesuchen aufgesucht. Da wundert es nicht, wenn fast 90 Prozent stark in ihrer Mobilität eingeschränkt waren und über 40 Prozent sogar eine Pflegestufe hatten. Es wurden 1.305 Medikamentenanalysen und 414 geriatrische Anamnesen durchgeführt.

Ein wesentlicher Schwerpunkt waren auch Beratungen (550) zur Vermeidung von Stürzen, wobei nachgehend 2.720 Kontrollen erfolgten, ob diese prophylaktischen Empfehlungen auch umgesetzt werden konnten.

Die Ergebnisse sind eindeutig. Die neue Gemeindefähige hat sich bewährt. Dabei wurden die verantwortlichen Hausärzte tatsächlich entlastet, weil sie nicht direkt, wie sonst, zu den Patienten fahren mussten und diese Zeit für die Behandlung anderer Patienten (in der Praxis) zur Verfügung stand. Über 90 Prozent der befragten 42 Hausärzte sehen eindeutig eine arztentlastende Funktion im AGnES-Konzept (vergl. auch Abb.)

Aber auch bei den Patienten selbst waren die Testschwester voll akzeptiert, sowohl was ihre medizinische, aber auch was ihre soziale Kompetenz angeht. Das Konzept der arztentlastenden Gemeindefähigen ist damit eine sinnvolle, man möchte beinahe schon sagen: notwendige Ergänzung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Gerade für diese Räume benötigt Mecklenburg-Vorpommern dringend alternative Lösungen, falls sich dort immer weniger Hausärzte niederlassen sollten.

Ausgewählte Ergebnisse II



Systemische Effekte (Einschätzung Hausärzte, N=42) :

- **90,5%**: „AGnES-Konzept **arztentlastend**“
- **88,0%** : „AGnES **positiv für die Compliance** der Patienten“

Medizinische Qualität (Bewertung durch den Hausarzt, N=657 Patienten) :

„Die gemeinsame **medizinische Betreuung** des Patienten von Hausarzt und AGnES (auf Delegationsbasis) wies im bisherigen Projektzeitraum eine **vergleichbare Qualität** mit einer üblichen hausärztlichen Betreuung auf.“

- „stimme sehr zu“ (N=503) bzw. „stimme ziemlich zu“ (N=102) für **92,1%** der Pat.

Akzeptanz bei Patienten (N=667 Patienten)

- **94,3%** : **AGnES übernimmt Hausbesuche** und spezielle Themen, der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf
- **98,7%** : AGnES ist **kompetente Ansprechpartnerin** bei Gesundheitsfragen



© ICM-VC-EMAU 2009

Ergebnisse aus der AGnES-Studie

Hansetour Sonnenschein:

102.500 Euro für krebskranke Kinder „erradelt“!

WAS FÜR EINE LEISTUNG! Innerhalb von nur vier Tagen haben die ca. 175 Radfahrerinnen und Radfahrer der diesjährigen „Hansetour Sonnenschein“ mehr als 100.000 Euro für krebskranke Kinder gesammelt. Die Tour führte durch die Bundesländer Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern und endete am Sonnabend, dem 8. August, in einem großen Finale auf der Hanse-Sail-Bühne im Rostocker Stadthafen.

Lungenfunktionsgerät für Uni-Klinik

Das Geld wird zur Mitfinanzierung von dringend notwendigen Geräten für eine bessere Diagnostik in der Kinderkrebstherapie eingesetzt; so für zwei tragbare Ultraschallgeräte (Kosten: je 60.000 Euro) für die Kinderkliniken in Stendal bzw. Brandenburg und für ein Baby-Lungenfunktionsgerät (Kosten: 80.000 Euro) für die Rostocker Uni-Klinik. Ohne den Beitrag der Hansetour könnten diese notwendigen Geräte nicht so schnell angeschafft werden.

Ein besonderes Lob verdient der Vorsitzende des Fördervereins und letztlich die „gute Seele“ der

Tour, Helmut Rohde. Er hat sich, noch ehe überhaupt in die Pedalen getreten wurde, als Spiritus Rector schon lange vor der Tour um die Organisation und um Sponsoren gekümmert und auch während der „grenzüberschreitenden“ Fahrt ständig die Regie im Griff gehabt. Das reichte vom Einhalten des „Fahrplans“ über die medienwirksame Entgegennahme der Spenden in den einzelnen Etappenorten bis hin zur Organisation der zahlreichen kulturellen Highlights während der viertägigen Fahrt.

Im Sog des Pelotons

Er war es auch, der mich als Pressesprecher der Landesvertretung der Ersatzkassen ansprach, doch wenigstens einen Teil der Tour, sozusagen „als Kassenvertreter“, mitzuradeln. So nahm ich dann die ca. 125 km von Waren nach Rostock durch unsere wunderschöne Mecklenburger Landschaft in Angriff – und lernte dabei eine andere Seite der Tour kennen: die sportliche!

Es war schon ein fast berauschendes Gefühl im Sog des großen, blauen (wegen der einheitlichen

Hansetour-T-Shirts!) Pelotons über die Straßen zu fahren. Mal flach, mal bergauf und dann wieder in rasanter Fahrt die Hügel hinunter ging es mit einem Schnitt von gut 20 Kilometern in der Stunde durch eine reizvolle Natur, und das bei einem Wetter, das wie geschaffen für eine Fahrradtour war – warm, kein Regen und wenig Wind.

Die meisten der Teilnehmer waren professionell auf Rennrädern unterwegs. Aber auch



Fahrerfeld der Hansetour



Gute Laune bei Zwischenstopps

Tourenräder, Mountainbikes und sogar ein City-Fahrrad waren auszumachen.

Hochachtung übrigens vor der Dame auf letzterem Gefährt, die sich die gesamte Länge der Tour von sage und schreibe 443 Kilometern mit unbändigem Kampfgeist und mit nur drei(!) Gängen jedes Mal mit einem Lächeln in die Etappenziele kämpfte.

Mir tat übrigens schon nach 30 Kilometern mein verlängerter Rücken weh, erst recht nach überstandenen 125 Kilometern in Rostock. Aber die einmalige Atmosphäre der Tour, die Gespräche mit den anderen Teilnehmern, die kulturellen Darbietungen von Spielmannszügen, Kapellen oder Chören an den „Haltestationen“ und natürlich nicht zuletzt die beeindruckende Spendenbereitschaft der Menschen ließen alle Strapazen schnell vergessen.

Spendensammeln „im Vorbeifahren“

Selbst während des Radfahrens wurden fleißig Spendengelder gesammelt. Da die Polizei die Strecke für das Fahrerfeld zeitweise abspernte, mussten alle entgegenkommenden Fahrzeuge warten. Die Fahrer dieser Wagen wurden von konditionsstarken „Spendensammlern“ auf ihren

schnellen Rennrädern regelmäßig um einen kleinen Beitrag für die krebserkrankten Kinder gebeten. So konnte von dem vorbeifahrendem Hauptfeld so mancher Fünf- oder Zehneuroschein bejubelt werden. Hut ab vor den Spendern und natürlich auch vor den „Sammlern“, die ständig auf Achse waren und immer wieder mit großem Tempo das Fahrerfeld der Sonnenscheintour überholen mussten.

Für die Tour wurde übrigens extra ein „Tour-Song“ geschrieben, der bei den Haltestationen bzw. bei den Etappenzielen immer wieder voller Enthusiasmus gesungen wurde. Darin heißt es u. a.: „Wir sind viele und darum sind wir stark. ... Wir sind viele, doch mit Euch sind wir noch mehr“. Die beeindruckenden Spendeneinnahmen belegen, dass dieses Motto tatsächlich mit Leben erfüllt wurde.

Im Ohr bleiben mir die Worte von Tour-Chef Helmut Rohde bei der Ankunft in Rostock: „Ich bin überwältigt von der diesjährigen Spendenbereitschaft. In den letzten zehn Jahren haben wir durch die Tour Sonnenschein über eine Million an Spenden sammeln können. Aber eigentlich können wir für diese Kinder nie genug tun!“

Und deshalb überlege ich, ob ich nicht im nächsten Jahr bei der ganzen Tour dabei sein sollte ...

Ersatzkassen positionieren sich zur Bundestagswahl

In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Nur gering steigende Reallöhne, der Abbau von bisher freiwillig gezahlten Gehaltsbestandteilen, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen schon heute die Einnahmen bröckeln. Die Bundesregierung musste bereits zusätzliche Steuermittel in Höhe von vier Milliarden Euro für Liquiditätsdarlehen in ihrem Nachtragshaushalt 2009 berücksichtigen. Im nächsten Jahr könnte die Deckungslücke auf zehn Mrd. Euro anwachsen und weitere Darlehen nötig machen. Darlehen lösen aber die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen sollten sie deshalb in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt werden. Daneben sollten die für die kommenden Jahre geplanten Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds vorgezogen werden.

Arbeitgeber wieder stärker in die Pflicht nehmen

Die Ersatzkassen kritisieren in einem kürzlich in Berlin vorgestellten Positionspapier auch, dass sich die Belastungsverteilung in der Krankenversicherung in den letzten Jahren zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Durch Zusatzbeiträge drohten weitere Verschiebungen. Zur Vermeidung besonderer Härten sollten die Zusatzbeiträge ausschließlich als prozentualer Aufschlag auf den Sonderbeitrag erhoben werden. Das würde auch Kosten vermeiden, da keine separaten Versichertenkonten eingerichtet werden müssten. Geld sollte nicht in überflüssige Bürokratie, sondern in die Versorgung der Versicherten fließen. Auch sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Nur eine angemessene – paritätische – Beteiligung der Arbeitgeber sichere die breite gesellschaftliche Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung.

Heute die medizinische Versorgung von morgen planen

Die Gestaltung bedarfsgerechter und zukunftstauglicher Versorgungsstrukturen stellt eine zweite große Herausforderung für die nächste Bundesregierung dar. Notwendig sind Reformen, die ihren Namen verdienen und den notwendigen Umbau der bestehenden Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status muss sich

Deutschland aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl an alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens. Die Versorgungsforschung sollte hier einen größeren Beitrag leisten. Vielfach fehlen noch die Kenntnisse darüber, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung der Betroffenen tatsächlich nachhaltig verbessern.



Thomas Ballast, vdek-Vorstandsvorsitzender

Gute Versorgung braucht fairen Wettbewerb

Gute Verträge brauchen Raum. Kreative Köpfe können sich nur beweisen, wenn ein Instrumentarium zur Erprobung neuer Ideen zur Verfügung steht. Selektivverträge erfüllen diese Funktion und können gezielt für die Suche nach besseren Versorgungskonzepten eingesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung sollte weiterhin über kollektivvertragliche Regelungen sichergestellt werden. Der Vertragswettbewerb darf aber nicht auf den Kopf gestellt werden, wie es aktuell im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung geschieht. Hier ist ein Hausärztemonopol in die Lage versetzt worden, gleiche Leistungen zu höheren Preisen abzurechnen. Eine bessere hausärztliche Versorgung der Menschen wird auf diesem Wege nicht erreicht. Eine der ersten Aufgaben der neuen Regierung muss darin bestehen, dies wieder rückgängig zu machen.

Daneben brauchen die Krankenkassen faire Wettbewerbsbedingungen. Heute noch bestehende Vergütungsunterschiede, wie im zahnärztlichen Bereich, wirken unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds stärker wettbewerbsverzerrend als in der Vergangenheit. Die Ersatzkassen fordern gleichlange Spieße. Das schließt auch die nach wie vor unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Bund und Ländern ein. Die letzte Gesundheitsministerkonferenz im Juni dieses Jahres hat beschlossen, dass die Aufgaben zwischen Bundes- und Länderaufsicht neu geordnet werden sollen. Dabei sollte nach Meinung der Ersatzkassen auf mehr Wettbewerbsneutralität hingewirkt werden. Damit die „Unwuchten“ im Kassenwettbewerb endlich der Vergangenheit angehören.

Die gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen finden Sie unter www.vdek.com/Standpunkte

Fangprämien in M-V:

Zahlen Kliniken für Patienteneinweisungen?

Ein Thema beschäftigte bundesweit neben der sogenannten „Schweinegrippe“ in diesem Sommer besonders: Die vermeintlichen Zahlungen von Krankenhäusern an niedergelassene Ärzte, die dadurch Patienten gezielt in diese Häuser einweisen sollten. Wenn dem so wäre, wäre das ein klarer Verstoß gegen bestehende Gesetze, Berufsordnungen und nicht zuletzt gegen die ärztliche Moral.

Werden solche Prämien auch in Mecklenburg-Vorpommern gezahlt? Die Krankenhausgesellschaft sagt in einer Pressemeldung: Nein, weil es aufgrund der geringen Krankenhausdichte keine derartige Konkurrenzsituation gäbe, die ein solches Verhalten hervorrufen würde.

Ja, sagt Professor Oliver Hakenberg, Urologischer Direktor der Universitätsklinik Rostock (in der Ostsee-Zeitung vom 5./6.9.2009). Er meinte, dass es Kliniken gäbe, die solche Praktiken aus-

üben würden. Leidtragende wären aus seiner Sicht die Patienten, die davon nichts wüssten und davon ausgingen, dass ihnen die beste Klinik empfohlen wird. Er wendet sich vehement gegen diese ethisch fragwürdigen Praktiken und forderte den Vorsitzenden der Krankenhausgesellschaft auf, doch etwas genauer hinter die Kulissen zu schauen.

Angeblich gibt es auch bei einigen Krankenkassen erste Verdachtsmomente. Aber es macht überhaupt keinen Sinn, wegen möglicherweise einzelnen, schwarzen Schafen u. U. einen ganzen Berufsstand in Misskredit zu bringen. Dennoch muss man diesen Hinweisen nachgehen, um von vorneherein unwürdige Praktiken zu entlarven und diese zu unterbinden.

Die Ersatzkassen gehen davon aus, dass die Ärztekammer die Vorwürfe von Professor Hakenberg prüfen wird. Dann wird man weiter sehen ...

Integrierte Versorgung:

Nur wenig echte Innovationen

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) hat jetzt ihren Bericht zur Entwicklung der Integrierten Versorgung (IV) 2004 – 2008 vorgelegt.

Danach zeichnet sich zunächst ein positives Bild ab: Die Anzahl der IV-Verträge hat kontinuierlich zugenommen:

Jahr	IV-Verträge
2004	1.477
2005	3.454
2006	4.875
2007	6.074
2008	6.407

Allerdings sieht die Praxis beim genaueren Hinschauen doch noch etwas anders aus. Nach dem Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheits-

wesen findet in über der Hälfte der Verträge keine sektorübergreifende Koordination statt. Das heißt, die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär wird nicht oder nur ungenügend berücksichtigt. Doch genau das sollte ein wesentliches Kriterium für die Integrierte Versorgung sein, wie es auch schon im Namen dieser Versorgungsform zum Ausdruck kommt.

Die häufigsten Integrationsverträge wurden übrigens zu neurochirurgischen, kardiologischen und orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungen abgeschlossen.

Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und das Vergütungsvolumen sind im Berichtszeitraum stetig gestiegen. Allerdings konzentrierten sich dabei viele Versicherte auf nur wenige Verträge. Ende 2008 repräsentieren 32 Verträge 93 Prozent der Gesamtzahl der teilnehmenden Versicherten.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

SEIT DEM 1. AUGUST DIESES JAHRES gibt es mit zwei Leistungsanbietern (Netzwerken) einen Vertrag zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Damit wird die schmerztherapeutische Versorgung für all diejenigen Menschen geregelt, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und mit großen Schmerzen verbundenen Krankheit leiden und die außerdem nur noch eine begrenzte Lebensdauer von wenigen Monaten oder Wochen zu erwarten haben. Diese Menschen, die sonst zumeist die letzten Tage ihres Lebens im Krankenhaus oder auf einer speziellen Schmerzstation verbringen mussten, sollen nun in ihrem gewohnten Umfeld, das heißt zu Hause verbleiben können.

Die genauen Voraussetzungen zur Verordnung von SAPV sind in einer entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) von Ärzten und Krankenkassen fixiert. Im Unterschied zur herkömmlichen Schmerztherapie, die für die meisten sterbenden Menschen schon heute

gut geregelt ist, sind an die spezialisierte ambulante Schmerztherapie konkrete Bedingungen geknüpft. Einerseits ist das neben den schwerwiegenden, unheilbaren und äußerst schmerzhaften Krankheitssymptomen die Tatsache, dass ein speziell geschultes SAPV-Team zur Verfügung stehen muss. Es besteht aus extra qualifizierten Ärzten und Pflegekräften aus dem niedergelassenen und stationären Bereich sowie weiteren Fachkräften wie Sozialarbeitern oder Psychologen. Dieses Team garantiert eine 24-Stunden-Rufbereitschaft und arbeitet auch eng mit ambulanten/stationären Hospizen sowie den Palliativstationen der Krankenhäuser zusammen.

Bisher gibt es zwei SAPV-Teams in den Regionen Neubrandenburg und Rostock. Ein weiteres wird demnächst für den Bereich Schwerin etabliert. Gespräche/Vertragsverhandlungen werden außerdem mit Teams in den Regionen Stralsund/Rügen; Ribnitz-Damgarten, Greifswald und Güstrow geführt. Perspektivisch sollen die SAPV-Teams flächendeckend für diese besonderen Fälle der palliativmedizinischen Versorgung in der letzten Lebensphase agieren.

BÜCHER

Sie wollen rechtzeitig und umfassend über Entwicklungen im Gesundheitswesen informiert sein? Dann sollten sie über innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen Bescheid wissen. Die Autoren **G. E. Braun, J. Güssow, A. Schumann und G. Heßbrügge** erläutern dies in ihrem Werk: **„Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen“**.
Deutscher Ärzte-Verlag, 286 S., ISBN 978-3-7691-3398-1, 59,95 Euro

Sagen wir es doch einmal offen: Das Leben läuft nicht so glatt. Sehr viel geht schief. Mit den unrealistischen Gewinnerparolen und überzogenen Erwartungshaltungen aufzuräumen und an deren Stelle einen zeitgemäßen **„Gut gelaunten Pessimisten“** zu setzen, das ist die erklärte Absicht von **Matthias Nöllke**.
Knaur-Verlag, 208 S., ISBN 978-3-426-64935-0 oder ISBN 3-426-64935-7, 14,95 Euro

Eine absolute Neuerung bietet der **Elsevir Verlag** an. Mit dem deutschsprachigen Online-Referenzwerk **„DoktorConsult“** gibt es das medizinische Wissen sozusagen auf einen Klick. Hier finden Ärzte Antworten auf sämtliche klinische Fragen. Das deutschsprachige Editorial Board, bestehend aus 45 Experten der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, sichert fortlaufend die Aktualität und Qualität der Inhalte. Weitere Informationen unter **www.elsevir.de**

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des vdek
Werderstraße 74a · 19055 Schwerin
Telefon: 03 85 / 52 16-100
Telefax: 03 85 / 52 16-111
Verantwortlich: Karl Nagel
Redaktion: Dr. Bernd Grübler
E-Mail: LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com