

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **GKV-FINANZEN:** Staat bedient sich erneut | **INTERVIEW** mit dem Geschäftsführer des MDK im Saarland Jochen Messer | **VDEK-LOTSEN** helfen durch die Versorgungslandschaft

SAARLAND

VERBAND DER ERSATZKASSEN. MÄRZ 2013

GESUNDHEITSPOLITIK

Gesetzesflut verebbt

FOTO: Thomas Janina – Fotolia.com



In den letzten Monaten sind eine Reihe von Gesetzen zum Gesundheitsbereich in Kraft getreten, verabschiedet, oder auf den Weg gebracht worden, u.a. Pflegeversicherungsreform, Patientenrechtegesetz, Krebsregistergesetz, Präventionsgesetz. Fraglich, ob alle die Hürde Bundesrat noch nehmen. Wenn sie dort auch nur aufgehalten werden, fallen sie der Diskontinuität zum Opfer. Das heißt, nach der Bundestagswahl muss das gesamte Verfahren noch mal bei Null beginnen. Das könnte auch dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle), das im Vermittlungsausschuss hängt, so ergehen. Mit diesem Gesetz würden die Krankenkassen dem privatrechtlich orientierten Kartellrecht unterstellt und europarechtlichen Gefahren ausgesetzt. Sie könnten dann wie privatwirtschaftlich agierende Unternehmen angesehen werden mit einschneidenden Folgen für die Patientenversorgung.

PFLEGEVERSICHERUNG

Pflegereform greift zu kurz

Das angekündigte „Jahr der Pflege“ hat im letzten Jahr nicht stattgefunden. Aber immerhin hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr noch eine kleine Pflegereform durchgebracht – das Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Es ist keine Neuausrichtung, enthält aber doch einige Verbesserungen.

Das Kernstück der Pflegereform ist zu Jahresbeginn in Kraft getreten. Menschen mit Demenz erhalten ab dem 1.1.2013 verbesserte Leistungen. Wenn sie keiner Pflegestufe zugeordnet werden können, stehen ihnen jetzt auch Geld oder Sachleistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zu. Für Demenzkranke der Pflegestufen I und II wurden die Beträge erhöht. Außerdem können alle Pflegebedürftigen jetzt neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch häusliche Betreuung als Sachleistung in Anspruch nehmen. Diese Verbesserung kommt besonders Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu Gute und entlastet die pflegenden Angehörigen. Die Aufteilung der Sachleistungen auf diese drei Bereiche können die pflegebedürftigen Menschen dabei frei wählen. Wählen können die Kunden von Pflegediensten jetzt auch, ob sie ihre benötigten Leistungen nach Zeit zusammenstellen oder bei dem bisherigen System der Leistungskomplexe bleiben. Ein Wechsel zwischen den beiden Systemen ist auch möglich, das bedeutet mehr Flexibilität

bei der Zusammenstellung des Leistungsangebotes.

Verbesserte Leistungen bei Demenz

Immer mehr Menschen leben alleine, können bei eintretender Pflegebedürftigkeit nicht auf die Hilfe von Familienangehörigen vor Ort zählen. Deshalb können ambulant betreute Wohngruppen jetzt stärker gefördert werden. Die Neugründung solcher „Pflege-WG's“ wird mit 2.500 Euro pro pflegebedürftigem Gründungsmitglied gefördert. Diese Summe ist auf 10.000 Euro pro Gruppe begrenzt. Die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner erhalten einen Zuschlag von 200 Euro im Monat, wenn eine Pflegekraft in der Wohngruppe tätig ist. Zur wissenschaftlich begleiteten Weiterentwicklung neuer Wohnformen stehen zehn Millionen Euro für Modellprojekte zur Verfügung. Solche Alternativen zur ambulanten und stationären Pflege bieten Chancen für eine bessere Teilhabe am Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.

Etwas widersprüchlich wirkt dagegen das Bemühen des Gesetzgebers, weitere



KOMMENTAR

Finger weg – Der Griff in die Kassen

FOTO: vdek



von
MARTIN SCHNEIDER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Saarland

2004 gab es erstmals Steuergeld für die Gesetzlichen Krankenkassen. Nach und nach wurde die Beteiligung aus Bundesmitteln aufgestockt, um versicherungsfremde Leistungen wie u.a. das Mutterschaftsgeld oder die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zu finanzieren. 2012 waren dies 14 Milliarden Euro. Der Steuerzuschuss ist also gut begründet.

Finanzielle Zusagen müssen aber auch zuverlässig sein. Zunächst wurden Kürzungen des Zuschusses um 4,5 Milliarden Euro für 2013 und 2014 beschlossen. Als wäre dieser Griff in die gegenwärtigen Überschüsse der Krankenkassen nur ein erster Versuch, soll der Gesundheitsfonds jetzt um weitere 1,5 Milliarden angezapft werden, um den Bundeshaushalt 2014 weiter auf Kosten der Beitragszahler zu sanieren. Der Gesundheitsfonds darf aber nicht als Reserve für konjunkturelle Schwankungen und nicht zum Stopfen von Haushaltslöchern missbraucht werden. Zahlen müssten dies dann die Beitragszahler, die mit Zusatzbeiträgen für dieses Plündern von Versichertengeldern aufkommen müssten.

Die Befürchtungen waren also berechtigt. Wenn der Staat sich im Wahljahr aus den Töpfen der gesetzlichen Krankenversicherung bedient, dann muss er später auch Defizite der Krankenkassen wieder ausgleichen.



Strukturen zur Beratung pflegebedürftiger Menschen aufzubauen. So enthält die Reform eine Vorschrift, dass jedem Versicherten, der erstmals einen Antrag auf Leistungen nach der Pflegeversicherung stellt, ein Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen angeboten werden muss. Ansonsten besteht Anspruch auf einen Beratungsgutschein bei einer Beratungsstelle, der zu Lasten der Pflegekasse eingelöst werden kann. Dies verwundert, da nicht nur die Pflegekassen selbst eine kompetente Pflegeberatung anbieten, sondern mit erheblichen Mitteln von Land, Landkreisen und Pflegekassen im Saarland gerade Pflegestützpunkte aufgebaut wurden, die eine qualifizierte Beratung rund um die Pflege aus einer Hand anbieten.

Der Druck auf schnelle Entscheidungen wird erhöht. So müssen die Pflegekassen künftig eine „Strafgebühr“ an den Antragsteller zahlen, wenn sie nicht innerhalb von fünf Wochen einen Bescheid über die Zuteilung einer Pflegestufe erteilt. 70 Euro kostet jede Woche Verzug. Die Pflegekassen arbeiten aber intensiv daran, die Prozesse bei den Medizinischen Diensten weiter zu optimieren, damit die Fristen zur Begutachtung auch eingehalten werden können.

Schließlich gibt es auch noch eine Verbesserung für pflegende Angehörige. Sie erhalten die Hälfte des Pflegegeldes

für bis zu vier Wochen im Jahr weiter, wenn sie Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zum Beispiel während ihres Urlaubes in Anspruch nehmen.

Keine nachhaltige Finanzierung

Im Detail gibt es dann doch eine Reihe von Verbesserungen für die Versicherten. Zur großen Pflegereform fehlt allerdings die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der bereits von dem ehemaligen Beirat der letzten Bundesregierung ausgearbeitet wurde. Auch der „Pflege-Bahr“, die staatliche Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung, ist kein wirklicher Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung. Der vdek hatte hier den Aufbau einer Demografie-reserve innerhalb der sozialen Pflegeversicherung gefordert. Eine angemessene Dynamisierung der Pflegeleistungen, etwa eine Koppelung an die Bruttolohnentwicklung, fehlt bei dieser Reform wieder und so bleibt es bei der Überprüfung alle drei Jahre durch die Bundesregierung. Die Anhebung des Beitrages um 0,1 Prozentpunkte auf jetzt 2,05 Prozent des Bruttolohnes und 2,3 Prozent für Kinderlose reicht gerade mal bis 2015. Dann besteht die soziale Pflegeversicherung nicht nur 20 Jahre, sondern es steht auch die nächste Reform bevor. ■



FOTO: DOC RABE Media – Fotolia.com

DIE NEUGRÜNDUNG VON „PFLEGE-WG'S“ wird jetzt von den Pflegekassen gefördert

INTERVIEW

Neue Aufgaben, kürzere Fristen

Aufgabenumfang und Zeitdruck haben für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in den letzten Jahren enorm zugenommen. Über die Arbeit des MDK im Saarland und die neuen Herausforderungen sprachen wir mit dessen Geschäftsführer Jochen Messer.

vdek Herr Messer, der MDK ist bekannt. Würden Sie trotzdem bitte seine Hauptaufgabengebiete skizzieren?

Jochen Messer Der MDK ist der medizinische und pflegerische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Dies bedeutet viel mehr als er – bewusst oder unbewusst – in verkürzter Form oft dargestellt wird, nämlich als „Medizinischer Dienst der Krankenkassen“. Deswegen mehr, weil die Soziale Pflegeversicherung 50 Prozent unserer Aufgaben beinhaltet. Deswegen aber auch mehr, weil wir im Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen, also nicht einer einzelnen Kasse. Dies wird durch die gemeinsame Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen erreicht und ist in engem Zusammenhang mit der fachlichen Unabhängigkeit unserer Gutachter zu sehen. Als Aufgabengebiete bestehen derzeit für uns in der Pflegeversicherung das Begutachten von Pflegebedürftigkeit sowie die Überprüfung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihrer Qualität. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung werden wir im Auftrag der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge und Rehabilitation, stationärer Versorgung, Hilfsmitteln, Arzneimitteln und neue Methoden und – mit immer größerer Bedeutung – bei Behandlungsfehlern tätig.

vdek Sie haben die stationäre Versorgung genannt. Wie sieht hier Ihre Dienstleistung aus?

JM Bei der DRG-Begutachtung haben wir im Durchschnitt der letzten drei Jahre weit

über 30.000 Fälle geprüft und dabei ca. 65 Prozent beanstandet. Bei ca. drei Prozent haben die Krankenhäuser das Ergebnis unserer Prüfung zunächst nicht akzeptiert. Diese außerordentlich geringe Zahl führe ich auf zwei Gründe zurück: 1. gehen wir zur Prüfung ausschließlich in die jeweiligen Abteilungen der Krankenhäuser und verzichten bewusst auf das Kopieren und Verschicken von Unterlagen. 2. führen wir die Prüfungen facharztbezogen durch, d.h. zusammenfassend, dass beispielsweise unser Urologe die urologischen Fälle, mit denen wir beauftragt sind, mit seinen Fachkollegen und den Controllern vor Ort im Krankenhaus erörtert. So erhalten wir einen fachlich fundierten und akzeptierten Geschäftsprozess.

vdek Wie reagiert der MDK auf die neuen gesetzlichen Anforderungen, beispielhaft das Pflegeneuaustrichtungsgesetz?

JM Der MDK im Saarland hat auch vor der nun mit einem Strafzoll belegten Frist seine Geschäftsprozesse mit den Experten (d.h. den eigenen Mitarbeitern) an den Gesetzen, vor allem aber auch an den Belangen der Versicherten orientiert. Als Ergebnis haben wir die Laufzeit der Pflegegutachten innerhalb von vier Jahren von 64 auf 18 Tage verkürzt und sind damit in Deutschland mit an die Spitze gerückt. Ebenso gilt es nun im Sinne des Patientenrechtegesetzes die vorgegebenen Fristen noch mehr im Auge zu behalten. Die erforderlichen Vorkehrungen bei unseren Instrumenten, wie z. B. dem elektronischen Datenaustausch mit den Kassen und dem Managementinformationssystem sind getroffen. Das Maß der Zielerreichung wird



FOTO Jochen Messer

JOCHEN MESSER

nun maßgeblich von dem zur Verfügung stehenden Personal abhängen.

vdek Ist das ein Problem, ein wunder Punkt?

JM In der Pflege noch nicht. Bei der Akquise von Ärzten haben auch wir Probleme. Deswegen legen wir hohen Wert darauf, dass unsere Ärzte umfassend eingesetzt sind, d.h. bei der Beratung der Kassen, in körperlichen Untersuchungen und auch bei den Prüfungen im Krankenhaus, um hier die Vielfalt für den einzelnen Mitarbeiter zu bewahren. Zum zweiten haben wir hervorragende Rahmenbedingungen, wie z.B. das Recht auf ständige Wahl der Arbeitszeit zwischen 10 und über 40 Stunden geschaffen.

vdek Herr Messer, eine abschließende Botschaft von Ihnen?

JM In fünf Jahren Geschäftsführung habe ich nicht nur erfahren, was man mit den „kurzen Wegen“ im Saarland meint. Insbesondere habe ich die Zusammenarbeit mit allen Kassenarten in unserem Verwaltungsrat durchgängig so erfahren, dass sie menschlich höchst anständig, nicht „politisch“ geprägt und mit einem tiefgehenden Interesse an den einzelnen Geschäftsprozessen versehen ist. Das ist die Basis für einen hohen Wert eines MDK in Kranken- und Pflegeversicherung mit regionaler Verantwortung. ■

vdek-Lotsen helfen durch die Versorgungslandschaft

In Deutschland gibt es über 2.000 Krankenhäuser, 121.000 Vertragsärzte, 25.000 Pflegeeinrichtungen und -dienste. Da ist es schwierig für die Versicherten, sich Durchblick zu verschaffen. Der vdek hilft dabei mit seinen „Lotsen“ im Internet.

Der vdek-Arztlotse umfasst ein flächendeckendes Verzeichnis der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung sowie der Notfallambulanzen in Deutschland. Die Nutzer finden hier Sprechzeiten, Therapieschwerpunkte, Praxisbesonderheiten wie Barrierefreiheit, Serviceangebote oder Kooperationen. Es können auch Bewertungen der Praxis für verschiedene Kriterien nach dem Schulnotenprinzip abgegeben und eingesehen werden, etwa zum Thema Praxisorganisation, Personal oder dem Arzt selbst. In einem Freitextfeld können die Noten präzisiert und begründet werden, ob sie sich etwa auf die Freundlichkeit des Personals, das Einfühlungsvermögen des Arztes oder die Wartezeiten beziehen. Nach einem Jahr haben schon etwa 10.000 Patienten solche Bewertungen abgegeben.

suchen – vergleichen – bewerten

Der vdek-Kliniklotse informiert über alle Krankenhäuser, ihre Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte und Qualitätsberichte. Hier kann man auf die Schnelle ein Krankenhaus in einer bestimmten Region suchen. Leicht lassen sich auch Vergleiche zu anderen Kliniken in der Nähe oder mit gleichen Schwerpunkten ziehen. Für eine detaillierte Suche, z.B. nach konkreten Diagnosen, Krankheiten, Behandlungen oder Serviceangeboten steht eine erweiterte Suche zur Verfügung. Für bestimmte Eingriffe lassen sich mehrere Kliniken nach der Anzahl der dort durchgeführten Fälle vergleichen, einem wichtigen



HEUTE LOTSEN Informationsplattformen im Internet durch die Untiefen des Gesundheitswesens

Indikator für die Qualität. Außerdem steht ein ausführliches Glossar mit Fachbegriffen zur Verfügung.

Der vdek-Pflegelotse stellt umfassende Informationen zu ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Neben Angaben zur Größe und Lage der Einrichtungen bietet die Plattform Daten zu den Kosten und der Qualität. Für jede Einrichtung sind die Preise je nach Pflegestufe aufgelistet. Seit Ende 2009 wird die Qualität der Pflegeeinrichtungen in Form von Pflegenoten erhoben und muss von den Pflegekassen veröffentlicht werden. So findet man im vdek-Pflegelotsen auch die Transparenzberichte, die neben der Gesamtnote und den Noten zu einzelnen Qualitätsbereichen wie „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang mit Demenzzkranken“ oder „soziale Betreuung“ auch die Einzelnoten für 82 Einzelkriterien

enthalten. So sind Vergleiche über die Qualität der Einrichtungen und Dienste möglich. Der vdek tritt dafür ein, das System der Pflegenoten weiterzuentwickeln und wesentliche Pflegeschwerpunkte stärker zu gewichten, damit die Noten aussagekräftiger werden.

Ein großer Schritt zu mehr Transparenz

Neu ist im vdek-Pflegelotsen der grüne Haken. Es ist ein Qualitätssiegel für Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität in Pflegeheimen, das von der BIVA, einer Interessenvertretung von Nutzern von Wohn- und Betreuungseinrichtungen im Alter, vergeben wird. In den gut drei Jahren, die der Pflegelotse online ist, haben Ratsuchende fast 50 Millionen Mal die Seiten aufgerufen. Damit ist der vdek-Pflegelotse Marktführer unter den Informationsportalen für Pflegeeinrichtungen.

»Die vdek-Lotsen werden kontinuierlich im Zuge neuer Angebote weiterentwickelt.«

Die vdek-Lotsen können eine wertvolle Hilfe bei der Suche nach Leistungserbringern, deren Therapieschwerpunkten und Ausstattung, sowie der Qualität der Leistungen sein. Sie sind somit ein wichtiger Beitrag zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Sie ersetzen aber nicht den persönlichen Eindruck, den die Versicherten vor Ort durch Augenschein und vor allem Gespräche gewinnen können. ■

GESETZGEBUNG

Mehr Rechte für Patienten – aber nicht genug.

Nach der Zustimmung des Bundesrates ist das Patientenrechtegesetz jetzt in Kraft getreten. Der vdek begrüßt die Bündelung der zum großen Teil bereits bestehenden Rechte, hätte aber gerne den Schutz der Patienten an einigen Stellen noch weiter gestärkt.

Bereits bisher hatten die Krankenkassen das Recht, ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen, und die Ersatzkassen haben dies auch engagiert durch spezialisierte Fachkräfte getan. Allerdings wären sie dabei noch erfolgreicher, wenn sie die notwendige vollständige Einsicht in die Patientenakte hätten, soweit es die Unterstützung erfordert. Deshalb müssten die Ärzte verpflichtet werden, im Falle eines erhärteten Verdachts nicht nur dem Patienten, sondern mit Einwilligung des Versicherten auch der Krankenkasse die Patientenakte herauszugeben.

Ersatzkassen unterstützen Patienten bei Behandlungsfehlern

Umstritten war vor allem, wer einen Behandlungsfehler nachweisen muss. Gesetzlich geregelt ist jetzt, was durch Gerichtsurteile bisher schon gängige Praxis war. Bei groben Fehlern muss der Arzt nachweisen, dass der Fehler nicht Ursache des Schadens war. Diese Beweislastumkehr gilt aber nicht bei einfachen Fehlern. Ein von Opposition und Ländern geforderter Entschädigungsfonds, durch den Opfern von Ärztefehlern bis zur Feststellung der Schuldfrage unbürokratisch geholfen werden sollte, wurde nicht eingerichtet.

Alle Patienten müssen jetzt rechtzeitig und umfassend über eine Behandlungsmaßnahme und ihre Risiken in einem persönlichen Gespräch aufgeklärt

werden. Krankenhäuser werden verpflichtet, ein Beschwerdemanagement einzuführen.

Mehr Schutz bei IGeL-Leistungen nötig

Mehr Patientenschutz hätte der vdek aber gerne bei den freiverkäuflichen Gesundheitsleistungen in den ärztlichen Praxen, den sogenannten IGeL-Leistungen, gesehen. Dies ist inzwischen ein Markt von 1,5 Milliarden Euro. Hier plädiert der vdek dafür, den Patienten ausreichend Zeit einzuräumen, das Angebot zu prüfen. Zum Beispiel, indem IGeL-Leistungen nicht am selben Tag wie Leistungen der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Außerdem werden die Krankenkassen verpflichtet, die Entscheidungen über genehmigungspflichtige Leistungen innerhalb bestimmter Fristen zu treffen.

Vieles, was jetzt in dem Gesetz festgeschrieben wird, war auch bisher schon geregelt oder gängige Praxis. Die Ersatzkassen beraten ihre Versicherten umfassend über ihre Rechte in den Geschäftsstellen, in Boscüren und auch online im Internet. Außerdem fördern die Krankenkassen die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die auch in Saarbrücken eine Beratungsstelle hat. Weitere Informationen hierzu unter <http://www.upd-online.de/upd-saarbruecken-auf einenblick.html>. Träger ist neben dem Sozialverband VdK die Verbraucherzentrale des Saarlandes. Deren Geschäftsführer Jürgen Zimmer baten wir um eine Einschätzung des Patientenrechtegesetzes. ■

MEINUNGEN

... aus Sicht der Verbraucherzentrale des Saarlandes

Foto Jürgen Zimmer



JÜRGEN ZIMMER
Geschäftsführer der
Verbraucherzentrale des
Saarlandes e.V.

vdek Was ist der wichtigste Vorteil für die Patienten?

Jürgen Zimmer Hinter dem Begriff „Patientenrechte“ steckt in der Vergangenheit ein unüberschaubares Sammelsurium aus Gerichtsurteilen und einzelnen Paragraphen aus unterschiedlichsten Gesetzen. Nun gibt es ein Gesetz, das einen Überblick über die Rechte der Patienten verschafft und zugleich die zentrale Rolle der Patienten im Gesundheitssystem erkennbar hervorhebt. Ganz praktisch könnte sich in Zukunft die Regelung auswirken, dass gesetzliche Krankenkassen jetzt einen spürbaren Druck haben, über Anträge der Versicherten innerhalb überschaubarer Fristen zu entscheiden. Die Aufklärungspflicht des Arztes, die Patienten über Risiken und Alternativen einer Behandlung zu informieren, ist nunmehr gesetzlich verankert. Dies gilt in besonderer Weise für die Selbstzahler-Leistungen (IGeL), da die Krankenkassen diese Kosten oftmals nicht übernehmen.

vdek Wo greift das Gesetz zu kurz?

JZ In den Fällen eines vermuteten Behandlungsfehlers bringt das Gesetz den Patienten keine neuen Rechte. Es gibt auch zukünftig weder weiterreichende Beweiserleichterungen für Patienten noch eine spürbare Unterstützung in solchen Fällen. Der Härtefallfonds für Opfer von Behandlungsfehlern wurde nicht umgesetzt.

... aus Sicht des saarländischen Krebsregisters

FOTO: Christa Stegmaier



CHRISTA STEGMAIER
Leiterin des
saarländischen
Krebsregisters

vdek Das epidemiologische Krebsregister im Saarland sammelt bereits seit 1967 Daten zur Häufigkeit und Mortalität bösartiger Tumorerkrankungen und war damit das erste in einem Flächenland in Deutschland. Stehen klinische Krebsregister in Konkurrenz zu Ihrer Arbeit oder ergänzen sie sich?

Christa Stegmaier Das Krebsregister Saarland hat bisher bereits Verlaufsdaten erhoben, allerdings wird der Datensatz deutlich ausgeweitet. Zusätzlich werden die gutartigen Hirntumore erfasst und auch die Daten der im Saarland behandelten Patientinnen und Patienten, die ihren Hauptwohnsitz nicht im Saarland haben.

vdek Welche Vorteile für die Patienten bringt das neue Gesetz im Kampf gegen Krebserkrankungen?

CS Es ist sehr erfreulich, dass die Daten in Zukunft wirklich auch für die Entscheidung am Krankenbett genutzt werden sollen und können – für interdisziplinäre Tumorboards, für die Therapieplanungen sowohl in der Erstbehandlung als auch in der Nachsorge, da sie für die Behandler direkt verfügbar sein werden. Eine der größten Herausforderungen an die Register wird es sein, eine auch patientenverständliche und – nutzbare Versorgungstransparenz darzustellen.

Krebsregister und Früherkennung werden ausgebaut

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Im Saarland erkranken jedes Jahr über 8.000 Menschen an dieser Krankheit, über 3.000 Menschen sterben daran. Ein Gesetz, das durch Verbesserungen bei der Früherkennung und dem Aufbau klinischer Krebsregister den Kampf gegen diese Krankheit stärken will, hat Bundestag und Bundesrat durchlaufen und kann in Kraft treten.

Zwar gibt es in Deutschland schon ca. 50 Krebsregister. Diese haben aber unterschiedliche Strukturen, Aufgabenstellungen und Reichweiten. Mit einem neuen Gesetz soll in den nächsten drei Jahren in Deutschland ein flächendeckendes Netz von klinischen Krebsregistern aufgebaut werden, die vergleichbare Daten über die Krebserkrankungen, deren Verlauf und Behandlung sammeln und auswerten. Dies ermöglicht Aussagen über den aktuellen Stand der onkologischen Versorgung in Deutschland. Klinische Krebsregister können somit eine wichtige Grundlage liefern, Defizite in der Versorgung krebserkrankter Menschen zu erkennen und Verbesserungsvorschläge daraus abzuleiten.

Meldepflicht für Ärzte fehlt

Voraussetzung ist aber, dass die Daten auch tatsächlich vergleichbar sind und flächendeckend erhoben werden. Deshalb plädierte der vdek für eine zentrale Datenannahmestelle. Auch sollte es pro Bundesland nur ein klinisches Krebsregister geben. Damit wäre eine schlanke Struktur geschaffen worden und Fehler beim Datenaustausch an den Schnittstellen hätten reduziert werden können. Damit auch tatsächlich alle Fälle erfasst und keine Lücken entstehen, die die Aussagekraft der Daten mindern, wäre eine gesetzlich verankerte

Meldepflicht für Ärzte und Krankenhäuser dringend notwendig.

Die laufenden Kosten werden zu 90 Prozent von den Krankenkassen über eine Meldepauschale in Höhe von 119 Euro pro Fall getragen, die restlichen zehn Prozent sollen die Länder aufbringen. Die Investitionskosten zur Einrichtung der Krebsregister von insgesamt acht Millionen Euro übernimmt zu 90 Prozent die Deutsche Krebshilfe.

Neue Krebsfrüherkennungsprogramme

Für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs werden innerhalb von drei Jahren neue organisierte Früherkennungsprogramme eingerichtet. Der gemeinsame Bundesausschuss legt bis dahin die Altersgrenzen und den Turnus der Inanspruchnahme fest. Die Versicherten werden dann regelmäßig zu den Untersuchungen eingeladen, wie jetzt schon für das Mammographie-Screening.

Mit diesem Gesetz werden zwei Ziele des Nationalen Krebsplanes umgesetzt. Die Krebsfrüherkennung wird weiterentwickelt und die Krebsregister dienen der Verbesserung der onkologischen Versorgungsstrukturen.

Eines der ältesten und aussagekräftigsten Krebsregister gibt es im Saarland. Leiterin ist Christa Stegmaier, die wir um eine Einschätzung des neuen Gesetzes baten. ■

GESETZGEBUNG

Neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz

Ein erneuter Anlauf für ein Präventionsgesetz hat es Anfang des Jahres bis zum Referentenentwurf geschafft. 2005 war ein Vorläufer schon unter Rot-Grün vom Bundestag verabschiedet, scheiterte aber im Bundesrat. Unter Schwarz-Rot schaffte es ein weiterer Versuch 2007 nicht mal ins Parlament.

Der vdek begrüßt, dass Gesundheitsförderung und Prävention mit diesem Gesetz ausgebaut werden sollen. Beides sind aber gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Deshalb greift der vorliegende Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz, wie schon seine Vorläufer, zu kurz. Er nimmt ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung in die Pflicht. Kommunen und Länder, Arbeitgeber und andere Sozialversicherungszweige, selbst die private Krankenversicherung, bleiben außen vor.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass der Finanzierungsbeitrag der Krankenkassen auf sechs Euro pro Versicherten verdoppelt wird. Ob dadurch aber die Prävention in Deutschland gestärkt und nachhaltig weiterentwickelt wird, bleibt fraglich. So sollen die Krankenkassen zwar zahlen, ihr Gestaltungsspielraum wird aber durch eine Quotierung eingengt. Mindestens zwei der sechs Euro sollen in die Betriebliche Gesundheitsförderung fließen, ein Euro für Projekte in nicht betrieblichen Lebensräumen, zum Beispiel Schulen oder Stadtteilen. Mit 50 Cent davon soll sogar die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung quersubventioniert werden, ein Verschiebepark, den die Ersatzkassen strikt ablehnen.

Prävention funktioniert nur gemeinsam

Eine im Vorfeld diskutierte gravierende Einschränkung der Gestaltungsfreiheit der

Krankenkassen auf diesem Gebiet wurde nicht in den Entwurf aufgenommen: Die Bezuschussungsfähigkeit von Präventionskursen wird nicht von einer ärztlichen Entscheidung abhängig gemacht. Allerdings müssen ärztliche Empfehlungen berücksichtigt werden.

Die Vorsorgeuntersuchung Check-up 35 soll um präventionsorientierte Beratung erweitert und U-Kinderuntersuchungen bis zum zehnten Lebensjahr möglich sein. Boni-Zahlungen für die Teilnahme an Präventionskursen sollen am Erfolg der Maßnahme ausgerichtet werden.

Bewährte Strukturen ausbauen

In einem Positionspapier hat sich der vdek Ende letzten Jahres ausdrücklich zu einem bedarfs- und zielorientierten Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung bekannt (<http://www.vdek.com/politik/positionen/index.htm>). Die Verteilung der Finanzmittel soll eben nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen. Auch die private Krankenversicherung sowie die Renten- und Unfallversicherung sollte sich an Präventionsprojekten beteiligen. Für die Primärprävention gaben die gesetzlichen Krankenkassen 2011 ca. 270 Millionen Euro aus. Im Saarland unterstützen die Ersatzkassen verschiedene Präventionsprojekte und arbeiten in der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. mit. Deren Geschäftsführer Franz J. Gigout haben wir zu dem Gesetzesentwurf befragt. ■

MEINUNGEN

... aus Sicht der LAGS



FRANZ J. GIGOUT
Geschäftsführer der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland

vdek Wäre dieses Präventionsgesetz für Ihre Arbeit hilfreich?

Franz J. Gigout Ein Präventionsgesetz wäre generell für unsere Arbeit hilfreich. Es ist sinnvoll, sich auf gemeinsame Präventions- und Gesundheitsziele zu einigen, sich an wissenschaftlich gesicherten Standards zu orientieren. Sollen Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich sein, dann benötigen sie ein sicheres finanzielles Fundament. Grundlage dazu kann ein Präventionsgesetz sein. Der vorliegende Entwurf greift dabei aber in vielerlei Hinsicht zu kurz.

vdek Was fehlt in dem Gesetzesentwurf?

FJG Die Liste fehlender Aspekte ist umfangreich: Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Kosten kann man nicht nur der Gesetzlichen Krankenversicherung aufladen. Auf politischer Ebene ist die ressortübergreifende Zusammenarbeit Grundbedingung. Der Entwurf spiegelt nur die Sichtweise des Gesundheitsministeriums. Ihm fehlen wesentliche Aspekte der Verhältnisprävention und notwendige Rahmenbedingungen. Er konzentriert sich zu stark auf verhaltens- und risikopräventive Leistungen. Weitgehend ausgeblendet ist der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlichem Zustand. Nicht berücksichtigt sind die Erkenntnisse der Public-Health Forschung.

BÜCHER

Grundlagen der Prävention

Die ersten beiden Teile des Bandes geben einen Überblick über die Grundlagen der modernen Prävention und Gesundheitsförderung und die Entwicklung lebenslaufbezogener Konzepte. Der anschließende Teil behandelt die spezifische Prävention bei den wichtigsten somatischen Störungen und Krankheiten, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Infektionskrankheiten, Bewegungsmangel. Zudem werden Vorschläge zur gesundheitspolitischen Umsetzung moderner Präventionsstrategien diskutiert.



Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (Hg.)
Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung
3. Auflage 2010, 453 S., € 34,95
Verlag Hans Huber, Bern

Hilfe für Pflegebedürftige

Die Broschüre informiert zum Thema Pflegebedürftigkeit. Wie kann man sich möglichst lange selbst versorgen? Was ist möglich, wenn man etwa nach einem Sturz oder Schlaganfall nicht mehr so viel kann wie vorher? Wenn man fremde Hilfe braucht – wie kann man dennoch eigenständig bleiben und seine Würde behalten? Wie schafft man es, als Pflegebedürftiger seine Angehörigen nicht zu sehr zu belasten? Der Ratgeber zeigt auf, was alles zur Pflege gehört, und wo sie geleistet wird – zu Hause oder in einer Einrichtung.



Wolfgang Müller, Werner Hesse und Gerd Wenzel
Pflegebedürftig – Was tun? Ein Ratgeber für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen
2011, 64 S., € 4,40
Verlag C. H. Beck, München

VERANSTALTUNG

„WIEDER GESUND?“ im Krankenhaus?

FOTO Becker & Breidel



ERÖFFNUNG der vdek-Fotoausstellung in den SHG-Kliniken Völklingen

Kann man eine Fotoausstellung, die sich mit dem Thema Krankheit auseinandersetzt, in einem Krankenhaus zeigen? Man kann – und zwar mit Erfolg. Die Wanderausstellung „Wieder gesund?“, aus einem Fotowettbewerb zum 100-jährigen Bestehen des vdek entstanden, wurde Ende letzten Jahres in den SHG-Kliniken Völklingen gezeigt und stieß dort bei Patienten und Beschäftigten der Klinik auf großes Interesse. Die Fotos der jungen Kunststudenten zeigten sehr unterschiedliche Zugänge zu diesem Thema. Alle beeindruckten aber durch die bewegende Darstellung der Verbindung von Krankheit und Hoffnung, von Leiden und Lebensfreude. Zur Eröffnung erläuterte Manfred Wigger, Hamburger Fotograf und Kurator der Ausstellung, den Hintergrund der Wettbewerbsidee und stellte einzelne Arbeiten vor. Er zollte dem vdek Anerkennung für den Mut, sich auf das Wagnis eines solchen Fotowettbewerbs mit ungewissem Ausgang eingelassen zu haben. Aber das Experiment sei geglückt, wie die Reaktionen der Besucher an allen bisherigen Ausstellungsorten zeigten. Viel Zustimmung fand vor allem die Entscheidung des vdek, zum runden Jubiläum des Verbandes die Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

GEBURTEN

Operationssaal statt Kreißsaal

FOTO Skoobid – Fotolia.com



FAST VIER VON ZEHN KINDERN kommen im Saarland per Kaiserschnitt auf die Welt

Das Saarland hat eine der niedrigsten Geburtenraten, liegt aber bei der Rate der Kaiserschnitte in Deutschland ganz vorne. 2011 wurden im Saarland 7.441 Kinder geboren, davon kamen 2.840 per Kaiserschnitt auf die Welt. Das waren 38,2 Prozent aller Geburten, bundesweit waren es im Schnitt nur 32,1 Prozent. Vor 20 Jahren lag der Anteil nur halb so hoch. Medizinisch lassen sich die großen regionalen Unterschiede nicht erklären. Eine wichtige Rolle scheint die Risikobewertung durch den Geburtshelfer zu spielen, und die nutzen ihren Ermessensspielraum wohl je nach Landstrich sehr unterschiedlich. Studien belegen, dass bei per Kaiserschnitt geborenen Kindern Diabetes und Allergien häufiger auftreten und das Risiko für Atembeschwerden nach der Geburt größer ist.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Saarland des vdek,
Talstr. 30, 66119 Saarbrücken
Telefon 06 81 / 9 26 71-0
Telefax 06 81 / 9 26 71-19
E-Mail LV-Saarland@vdek.com
Redaktion Axel Mittelbach
Verantwortlich Martin Schneider
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4088