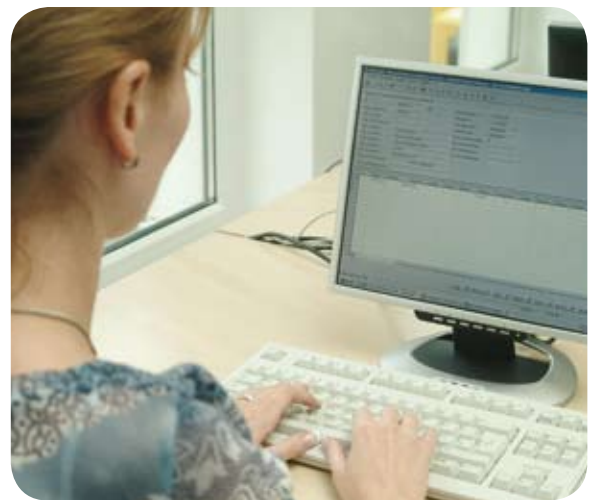


servoxnewsletter



Aktuelles aus dem Gesundheitswesen

Wir informieren Sie über
wichtige Ereignisse

Ausgabe Mai/Juni 2008-06

Aktionsbündnis für Wahlfreiheit bei Hilfsmitteln

Das Aktionsbündnis „meine Wahl“ hat eine bundesweite Informations- und Mobilisierungskampagne für den Erhalt der Wahlfreiheit bei medizinischen Hilfsmitteln gestartet. Vertreter von Patientenverbänden, Selbsthilfevereinigungen, Hilfsmittelherstellern und Versorgungspartnern wie Sanitätshäusern und Homecare-Unternehmen stellten die Kampagne auf einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin vor. Das Ziel des Aktionsbündnisses ist es, das Recht auf freie Wahl des Versorgungspartners im Hilfsmittelbereich zu erhalten und eine bedarfsgerechte, dem Stand der Technik entsprechende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen.

Das Bündnis vereinigt bereits 26 Organisationen und Unternehmen.

Neue Befunde zur Zwei-Klassen-Medizin: Auch auf eine Krankenhaus-Behandlung warten GKV-Versicherte länger

Erst vor kurzem heizte eine experimentelle wissenschaftliche Studie die gesundheitspolitischen Diskussionen an, als bekannt wurde, dass Kassenpatienten etwa dreimal so lange Wartezeiten wie Privatversicherte für einen Facharzt-Termin haben (vgl. Neue Studie: Kassenpatienten warten dreimal so lange wie Privatpatienten auf einen Arzttermin für planbare Behandlungen). Ob die Ergebnisse eher Hinweis sind auf eine Zwei-Klassen-Medizin oder im Grunde nur geringfügige Komfort-Vorteile der privat Versicherten belegt, blieb strittig. Eine neue Studie der WHL Wissenschaftlichen Hochschule Lahr und der Technischen Universität Ilmenau dürfte die Diskussion weiter beleben, denn sie hat gezeigt, dass auch im stationären Sektor bei der Vereinbarung von Terminen Unterschiede zwischen Patienten gemacht werden, je nachdem,

ob es Kassen- oder Privatpatienten sind. In diesen Krankenhäusern, die die Versicherungsart erfragen, hatten gesetzlich Versicherte eine rund 20% längere Wartezeit für einen Behandlungstermin als privat Versicherte.

Die Vollstudie ist im Volltext herunterzuladen unter: Sauerland, Dirk, u.a.: Ansgar: Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor, Lahr 2008.

Gesundheitsfond kann 2009 starten

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, erklärte am 11.04.2008 in Bonn, dass der Gesundheitsfond termingerecht am 1. Januar 2009 starten kann. Ahrens sieht den Starttermin auch durch die aktuelle Diskussion um die Konvergenzregelung nicht direkt gefährdet. Rechtliche Risiken für das gesamte Reformprojekt ließen sich jedoch vermeiden, indem man die Konvergenzregelung streiche. Wichtige Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit des Fonds sind nach Ansicht der AOK eine 100%ige Finanzausstattung des Fonds und ein gut funktionierender krankheitsorientierter Risikostrukturausgleich. Der Risikostrukturausgleich muss die Krankheiten der Versicherten zielgenau berücksichtigen, damit die Beitragsmittel auch tatsächlich dort zur Verfügung stehen, wo sie zur Versorgung der chronisch Kranken und schwerkranken Versicherten gebraucht werden.

Mehr als 200 Ärzte und Gesundheitsexperten bei AOK-Kongress in Stuttgart

Eine bessere Vernetzung von Hausärzten, Fachärzten und Kliniken bei der Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen war das Thema einer gemeinsamen Veranstaltung der AOK Baden-Württemberg

und des AOK-Bundesverbandes am 15.03.2008 in Stuttgart. Thema waren auch neueste Erkenntnisse zum Erkrankungsverlauf, zu Risikofaktoren und zu vorbeugenden Maßnahmen. Rolf Hoberg, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, sagte zum Auftakt der Veranstaltung, dass es der AOK ein Herzensanliegen sei, das Expertenwissen so zu bündeln, dass es der Lebensqualität und der Versorgung der betroffenen Menschen zugute kommt. Dem Hausarzt kommt hier eine besondere Rolle zu, da gerade er bei der Vorbeugung, aber auch bei der Koordination der therapeutischen Maßnahmen eine wichtige Rolle spielt.

Mehr für die Pflege

Vor allem die ambulante Pflege wird von der anstehenden Reform der Pflegeversicherung profitieren. Pflegebedürftige und deren Angehörige erhalten zusätzliche Hilfsangebote.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz will die Bundesregierung die Pflegeversicherung den aktuellen Herausforderungen anpassen. Der Schwerpunkt der Reform liegt in der ambulanten Pflege. Insbesondere die Unterstützungsangebote vor Ort sollen ausgebaut werden. Hierzu zählt, dass Versicherte ab 2009 einen Anspruch darauf haben, durch einen Pflegeberater ihrer Kasse individuell betreut zu werden.

Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten können künftig kurzfristig bis zu zehn Tage unbezahlt von ihrer Arbeit freigestellt werden, um die Pflege eines Angehörigen zu organisieren. Zu den wichtigsten Neuerungen zählt die bessere Unterstützung von Demenzkranken. Sie erhalten künftig bis zu 2400 Euro im Jahr, um ihre Betreuung zu finanzieren. Bisher waren es 460 Euro. Weitere Infos: www.aok-gesundheitspartner.de

Mehr Aufgaben für Arzhelferinnen Case-Managerinnen entlasten Ärzte und verbessern Therapieergebnisse

Schon heute ist die demografische Entwicklung eine der zentralen Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Mit der Alterung der Bevölkerung wird vor allem die Zahl der chronisch Kranken zunehmen. Derzeit leiden hierzulande bereits 70% der über 65-jährigen an mindestens einer chronischen Erkrankung. Entsprechend, so schätzen Experten, widmen Hausärzte diesen Patienten rund 80% ihres Beratungsaufwandes.

Um die Ärzte zukünftig zu entlasten, wollen Fachleute aus Medizin, Wissenschaft und Krankenkassen speziell geschultes Praxispersonal stärker an der Versorgung der Chroniker beteiligen, etwa durch wöchentliche oder monatliche strukturierte Telefonkontakte. Dass dies ein Erfolg sein kann, zeigen zwei randomisierte Studien. Sie belegen zudem, dass der Einsatz von sogenannten Case-Managerinnen nicht nur den Arzt entlastet, sondern auch zu besseren Therapieergebnissen führt.

AOK Niedersachsen: Vertrag Tracheo- & Laryngektomie

Die AOK Niedersachsen möchte zum 1. Juni Verträge über die Versorgung von Tracheotomierten und/oder Laryngektomierten abschließen. Der Vertrag sieht vor, dass die Leistungen der Tracheostomaversorgung in Form einer Monatspauschale vergütet werden, womit sämtliche Kosten für die im Einzelfall medizinisch notwendigen Produkte abgegolten seien.

Urteile

Anspruch auf Versorgung mit modernem Rollstuhlrückhaltesystem

Eine Krankenkasse ist verpflichtet, einem Rollstuhlfahrer ein modernes Rollstuhlrückhaltesystem für den Behindertentransport als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, wenn das neue System einen erheblich sichereren Transport des im Rollstuhl Sitzenden gewährleistet. Dies entschied das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz. Die Versorgung mit einem fortschrittlicheren Hilfsmittel, so das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz könne nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend. Maßgebend sei, ob das Hilfsmittel deutliche Vorteile gegenüber der von der Krankenkasse gewährten Versorgung biete.

SG Koblenz, Urteil vom 10.7.2007, Az. S 12 KR 576/05

LSG Rheinl.-Pfalz, Urteil v. 21.2.2008, Az. L 5 KR 129/07

Hausarztverträge: Zwei Kassen schließen Vertrag mit KBV

Mit zwei unterschiedlichen Verträgen melden sich die Kassenärztlichen Vereinigungen bei den Verhandlungen um die hausarztzentrierte Versorgung zurück.

Mit dem Abschluss zweier Hausarztverträge behaupten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen als Verhandlungspartner der Krankenkassen im umkämpften Versorgungsbereich. Die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat rückwirkend zum 01.04.2008 mit der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit sowie ab 01.07.2008 mit der Bundesknappschaft Bahn/See zwei individuelle Hausarztverträge geschlossen. Die unterschiedlichen Verträge stellte die KBV am 06.05.2008 in Berlin vor.

Knappschaft will Hausarzt als Lotsen

Vorrangiges Vertragsziel der Knappschaft ist die Lotsenfunktion des Hausarztes. Dieser soll die Behandlung koordinieren – er managt die Übergänge zur fachärztlichen und stationären Behandlung. Die Versicherten verpflichten sich innerhalb des Hausarzttarifs der Knappschaft, Fachärzte nur mit Überweisung vom Hausarzte aufzusuchen, Wartezeiten beim Hausarzt sollen nicht länger als 30 Minuten betragen. Der Arzt erhält dafür eine Vergütung von 9 Euro für Versicherte im Hausarzttarif. Zusätzlich erhält er zur regulären Pauschale für die Einschreibung von Patienten in ein Disease-Management-Programm (Chroniker-Programm) weitere 12 Euro. Die Knappschaft versichert zur Zeit rund 1,6 Mio Versicherte.

Universitätskliniken: Sorgenvoller Blick in die Zukunft

Die Universitätskliniken schlagen Alarm. Immer stärker gerieten sie in wirtschaftliche Bedrängnis. Die Hälfte der Unikliniken wird Personal abbauen müssen, um wirtschaftlich zu bleiben, prognostizierte Rüdiger Strehl, Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und Kaufmännischer Direktor des Uniklinikums Tübingen. Dabei verweist er auf eine aktuelle Befragung der Universitätsklinikvorstände durch den VUD. Diese belegte eine Gefährdung der Hochschulmedizin durch die enormen Mehrkosten infolge der neuen Ärztetarife. Auch Budgetierung der Krankenhausaufgaben, mangelnde Investitionen der Länder sowie steigende Preise für Energie und Medizinbedarf bedrohten die Hochschulkrankenhäuser. Jedes Dritte habe im vergangenen Jahr rote Zahlen geschrieben.

Beitritt zur Tracheostomie-Versorgung

Unter Koordination des AOK Bundesverbandes gab es Vertragsverhandlungen über Tracheostomahilfsmittel. Es handelt sich um einen sog. Beitrittsvertrag. Es wurden erste regionale Verträge geschlossen. Die AOK Plus teilte mit, dass Unternehmen, die an der Versorgung in Sachsen und Thüringen partizipieren wollen, sich bis 16.05. schriftlich bei der AOK Plus, Bereich Hilfsmittel, Vertragsmanagement/Vertragsabsicht Tracheostoma, Leipzig, melden müssen. (lt. MTD-Instant 20/200).

Gesundheitskarte: Wie sicher sind künftig medizinische Daten?

Nach zunehmender Kritik am Sicherheitskonzept der elektronischen Gesundheitskarte will die Betreibergesellschaft gematik mit einem „Whitepaper“ die breite Öffentlichkeit über ihre Philosophie und die technische Umsetzung informieren.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte werden hochsensible Patientendaten von 80 Millionen Deutschen online zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Ärzten ausgetauscht. Datenpannen können sich im Einzelfall existentiell auswirken und sind kaum mehr heilbar. Bei einem unbefugten Zugriff auf die zentrale Datenverwaltung könnten die Gesundheitsdaten wie z.B. Diagnose, familiäre Erbkrankheiten, Behandlungen und Therapie für Millionen von Versicherten ausgespäht werden. Um diesen Bedenken entgegenzuwirken, hat die gematik ihr rund 1.000 Seiten umfassendes Sicherheitskonzept in einem 30-seitigen „Whitepaper“ (Sicherheitskonzept) zusammengefasst. Hierin soll in einer für den Laien verständlichen Form über die Sicherheitsphilosophie und ihre technische Umsetzung informiert werden. Es ist als PDF-Datei downloadbar.

Anforderungen an MDK Stellungnahmen

Es kommt immer wieder vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) über die Notwendigkeit z.B. einer Hilfsmittelversorgung nur nach Aktenlage und/oder nur mit fadenscheinigen Argumenten entscheidet – ohne den betroffenen Versicherten jemals persönlich untersucht zu haben.

Dieser Vorgehensweise hat das LSG Hessen nunmehr mit Urteil vom 18.10.2007

(L 8 KR 228/06) einen Riegel vorgeschoben. Die Krankenkassen haben ihren MDK im Rahmen der Aufklärung des medizinischen Sachverhalts dazu anzuhalten, zu bereits vorliegenden ärztlichen Befunden qualifizierte Stellungnahmen zu verfassen, die sich durch eine wissenschaftlich-methodische Untersuchung und Bewertung ärztlicher Befunde auszeichnen. Außerdem sind von den behandelnden Ärzten, falls deren bislang vorliegende Berichte unzureichend sind, weitere Informationen zum Krankheitsbild einzuholen. Genügen diese auch nicht, so müsse die Krankenkasse darauf hinwirken, dass der MDK den betroffenen Versicherten persönlich untersucht u. begutachtet. Werden diese Vorgaben missachtet, ist der Krankenkasse – so das LSG – eine fahrlässig verursachte Beweisvereitelung vorzuwerfen.

Diese Vorgaben gelten für alle MDK-Prüfungsaufträge.

Gefährdung der ambulanten wohnortnahen Versorgung

Die Pressestelle DGPV e.V. (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.) hat in einer Pressemeldung herausgegeben, dass die Versicherten und Patienten in den kommenden Monaten mit erheblich längeren Wartezeiten und zunehmenden Leistungskürzungen zu rechnen haben. Die Auswir-

kungen der Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre mit Budgetierungen, Deckelungen von Ausgaben und trotzdem immer größerem Finanzbedarf gefährden die Versorgung. In vielen statistischen Auswertungen unterschiedlicher Institutionen wird aufgezeigt, dass die Vergütung in Punktwerten und Euro Beträgen nicht mehr ausreicht, um die Existenz der niedergelassenen Ärzte zu erhalten. Die stationären Einrichtungen leiden unter der Einführung der Fallpauschalen (DRG) die nicht ausreichen, um die notwendigen Investitionen zu decken, geschweige denn die Betriebskosten.

Überfrachtet wird das Kostensenkungsdilemma noch von ausufernder Bürokratie, die erhebliche Auswirkungen auf die zur Verfügung stehende Zeit der Behandler für den einzelnen Patienten hat. Die Anzahl der ambulant tätigen Einrichtungen wird abnehmen, die Anzahl der stationären Einrichtungen ebenfalls und die wohnortnahe Versorgung ist somit gefährdet. Der Moloch „Fond“ wird nochmals zu übertriebener Kostensenkungsstrategie der Versicherungen beitragen. Es wird also immer schwieriger von einem hoch motivierten Behandler im Gesundheitssystem versorgt zu werden. Wenn das Arbeitsumfeld und die Vergütung für einen Mitarbeiter – egal in welchen Bereichen auch immer – nicht ausreicht, dann sinkt die Motivation und die vorhandenen Qualifikationen werden nicht effektiv genutzt. Dies gilt es im Sinne der Versicherten und Patienten zu vermeiden.

Ansprechpartner: Frau Katja Rupp, Pressestelle DGVP.e.V.

Ministerium ermahnt die Kassen

Das GKV-WSG brachte einen radikalen Wandel in der Hilfsmittelversorgung. Für alle Beteiligten ist dies Neuland. Bei der Umsetzung verstießen Krankenkassen teilweise exorbitant gegen den Geist des Gesetzes und interpretierten eigene Auslegungen. Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder

vom Bundesgesundheitsministerium ermahnte nun die Krankenkassen mit Auslegungsbestimmungen zum GKV-WSG. Dabei geht es um: Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen, Übergangsregelungen, Erhalt wettbewerblicher Strukturen, Verhandlungsverträge, Nachweis der Eignung, Versorgungsqualität und wohnortnahe Versorgung, Wahlmöglichkeiten der Versicherten, Schutz von Sozialdaten, bedarfsgerechte Versorgung und besondere Versorgungssituationen. Das Schreiben ist im Internet zu finden unter: www.zmt.de

Zu wenig Zeit und Zuwendung für Sterbende

In der Giessener Allgemeine vom 28.05.08 wurde ein Artikel veröffentlicht, der sich mit der Zuwendung für Sterbende befasst. Menschen möchten am Ende ihres Lebens behütet sein und umsorgt werden. Doch genau daran fehlt es: Ärzte und Pflegepersonal haben viel zu wenig Zeit, so dass Sterbenden nicht die Zuwendung zuteil wird, die wünschenswert wäre. Das ist das Ergebnis einer Studie zur palliativen Versorgung in Hessen, die von Prof. Reimer Gronemeyer und Dr. Charlotte Jurk vorgestellt wurde.

Seit April 2007 ist die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ im Rahmen der Gesundheitsreform in die Regelleistungen der Krankenkassen aufgenommen worden. Begleitend zur Beschlussfassung dieser Reform hat das Hessische Sozialministerium das Institut für Soziologie der Universität Gießen im vergangenen Jahr beauftragt, eine Bestandsaufnahme dieser begleitenden Versorgung Sterbender zu erstellen.

Palliative Versorgung bedeutet lindernde Begleitung im Gegensatz zur heilenden oder vorbeugenden Behandlung. Handlungsansatz ist die Hospizarbeit. Die Angehörigen schwerkranker und sterbender Menschen fühlen sich häufig allein gelassen. Neben der immer wieder beklagten Zeitnot und der damit

einhergehenden mangelnden Kommunikation der Helfenden untereinander wurde dies immer wieder geäußert. Eine gute palliative Versorgung, so Dr. Jurk, ist auch eine soziale Frage. Entscheidender als der Ort des Sterbens – ob zu Hause, im Altenpflegeheim oder im Krankenhaus – ist die menschliche Zuwendung.

Derzeit arbeiten etwa 100 Hospizgruppen mit annähernd 5000 Ehrenamtlichen in Hessen. Diese Gruppen sind jedoch nicht überall selbstverständliche Kooperationspartner der Krankenhausarbeit, fanden sie Soziologen heraus. Noch existiere in 40% der Krankenhäuser kein ehrenamtlicher Besuchsdienst. Die Kliniken arbeiten an einer Verbesserung der Sterbebegleitung, die Fortbildung der Mitarbeiter – sowohl der Ärzte als auch der Pfleger – ist jedoch nach Erkenntnissen der Forscher unzureichend.

BVMed plädiert für „CE med“- Kennzeichnung

Der BVMed hat gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Bundestages eine Diskussion über die Einführung einer CE med-Kennzeichnung für Medizinprodukte angeregt, um die Sicherheit und Leistungsfähigkeit von Produkten auch nach außen besser darzustellen. Hintergrund ist, dass sich der Gesundheitsausschuss in seiner Sitzung Ende Mai mit dem System der Zulassung von Medizinprodukten und der Risikoüberwachung beschäftigte. Auslöser der Diskussion war ein „Spiegel“-Artikel unter dem Titel „Gefährliche Schnarchnasigkeit“ von Anfang Mai, in dem die CE-Kennzeichnung für Medizinprodukte mit dem CE-Zeichen „wie bei einem Mixer oder Radiowecker“ gleichgesetzt wurde. Der BVMed verweist in seiner Stellungnahme an den Gesundheitsausschuss darauf, dass die genannten Produkte „nicht annähernd den gleichen gesetzlichen Sicherheitsanforderungen wie Medizinprodukte“ unterliegen. Risikoanalysen der Hersteller, neutrale Prüfstellen und behördliche Überwachung

stellten vielmehr einen hohen Qualitätsstandard von Medizinprodukten sicher. (MTD-Instant)

Kassendefizit im ersten Vierteljahr höher als erwartet

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Quartal 2008 ein Defizit von 1,07 Milliarden Euro eingefahren. Dies hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 03.06.2008 in Berlin mitgeteilt. Das Minus fiel damit deutlich höher aus als im Vorjahr. 2007 lag das Defizit in den ersten drei Monaten bei 0,7 Milliarden Euro. Die Einnahmen belaufen sich im ersten Quartal auf 37,94 Milliarden Euro, die Ausgaben summieren sich auf 39,01 Milliarden Euro. Die Leistungsausgaben bei den Hilfsmitteln liegen bei 1,13 Milliarden Euro (+ 5%).

Übergangsfrist um ein Jahr verlängert

Im GKV-WSG ist verankert, dass im Rahmen einer Übergangsfrist bis 31. Dezember 2008 die Leistungserbringer mit alter Zulassung weiterhin Hilfsmittelleistungen erbringen und mit den Kassen abrechnen können. Danach sollten ausschließlich Vertragspartner versorgungsberechtigt sein. Nun erfuhr MTD-Instant exklusiv: weil das GKV-WSG der Branche immense Probleme bereitet und ein Sterben insbesondere der kleinen Leistungserbringer befürchtet wird, kam u.a. aus der Mittelstandsebene der Union ein Vorstoß, die Übergangsfrist zu verlängern. Deshalb beschloss die Koalition letzte Woche, dass die Übergangsfrist um ein Jahr auf den 31. Dezember 2009 verlängert wird. Dies bestätigten gegenüber MTD-Instant Dr. Rolf Koschorrek, CDU-MdB und Mitglied des Bundestagsgesundheitsausschusses und das Büro der Abgeordneten Maria Michalk. Eine offizielle schriftliche Bekanntmachung gibt es derzeit noch nicht.

Die Gesundheitsreform im vergangenen Jahr hat dem Reha-bereich kräftig Auftrieb gegeben

Das geht aus Einschätzungen des Beratungsunternehmens Terranus in Köln hervor. Weitere Faktoren für die positive Entwicklung seien die Altersentwicklung und eine stabile Wirtschaftslage. „Gut gemanagte stationäre Reha-Einrichtungen können in den nächsten zehn Jahren mit einem Zuwachs ihrer Fallzahlen von zehn bis fünfzehn Prozent rechnen“, prognostizierte der Terranus-Klinikexperte Carsten Körner.

Alle Krankenkassen müssen die medizinische Reha als Pflichtleistung bezahlen. Besonders Eltern und Kinder profitieren davon. Aber auch Reha-Kliniken mit anderen Fachrichtungen verbuchen Zuwächse. Körner zufolge könnten professionelle Einrichtungen derzeit eine durchschnittliche Jahresauslastung von über 80% erreichen.

Aktuell wirtschaftet rund die Hälfte der 1255 deutschen Reha-Kliniken noch im finanziellen Grenzbereich – doch die Weichen für mehr positive Marktdynamik sind gestellt. Das Bestehen im Wettbewerb hängt dabei vor allem von der Betreiberqualität ab. Viele Einrichtungen werden nach Einschätzung von Terranus nicht überleben. Körner schätzt, dass mangelnde Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Betrieb der Häuser bis zu 200 Einrichtungen ihre Existenz kosten könnte. Die verbleibenden Häuser können allerdings davon profitieren, erläutert Körner: „Nimmt man einen Jahresumsatz von 5 Mio Euro pro Einrichtung an, würde sich etwa eine Milliarde Euro auf die am Markt verbleibenden Kliniken umverteilen“. Deren durchschnittliche Auslastung stiege dann auf über 85%.

Hauptsache billig

Die Krankenkassen sind in arger Finanznot. Mit Macht drücken sie daher die Preise für Krankenhausbehandlungen. Die Qualität der Patientenversorgung bleibt auf der Strecke

Die Finanznot der 210 gesetzlichen Krankenkassen ist immens. Im ersten Quartal machten sie mehr als 900 Mio Euro Minus. Zwar sind die ersten drei Monate im Jahr traditionell schwach, doch 2007 verbuchten die Kassen im selben Zeitraum nur einen Verlust von 702 Mio Euro. Nun wird wieder auf die Kosten geschaut - stärker als je zuvor.

Ursache des verschärften Preisdrucks ist der für das kommende Jahr avisierte Gesundheitsfond. Nach Ansicht der Kassen war ihre Lage nie so schlimm wie heute. Sie fürchten erhebliche Verwerfungen im Wettbewerb um Versicherte. Wie eine Betondecke laste der Fond auf den Gesundheitsausgaben, sagt der Vorstandschef der Techniker Krankenkasse, Norbert Klusen „ Das System kann nicht mehr atmen“.

Birgit Fischer, stellvertretende Vorstandschefin der Barmer sagt: „ Der Finanzdruck ist immens. Wir stehen am Anfang einer Durststrecke. Alle schauen derzeit auf den eigenen Honorartopf. Jeder dreht den Euro dreimal um“. (FTD Financial Times Deutschland)

Vereinigung der GEK und HZK

Zum 1. Juli 2008 wird die Krankenkasse für Bau- und Holzberufe HZK in der Gmünder Ersatzkasse GEK aufgehen. Die GEK wird dann um 90.000 Versicherte auf rund 1,7 Mio. Versicherte anwachsen.

Nationaler Krebsplan soll Kräfte im Kampf gegen Krebs bündeln

Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den „Nationalen Krebsplan“ in dieser Woche vorgestellt. Ziel der Zusammenarbeit sei es, die Versorgung von Krebspatienten zu verbessern, die Früherkennung zu stärken und die Zusammenarbeit der Akteure zu optimieren.

In Deutschland erkranken nach Angaben des Vorsitzenden der Deutschen Krebshilfe, Friedrich Janssen, jährlich mehr als 430.000 Menschen neu an Krebs. Mehr als die Hälfte, nämlich 210.000 Menschen sterben daran. Laut dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gehört Krebs damit zur zweithäufigsten Todesursache in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Schmidt verwies weiter darauf, dass die Zahl der Neuerkrankungen weiter zunehmen werde. Grund sei, dass die Menschen immer älter würden und das Krebsrisiko mit höherem Alter steige.

Der Nationale Krebsplan versteht sich laut Schmidt als Fortsetzung des früheren „Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung“, dessen Maßnahmen Ende der 1990er Jahre ausgelaufen waren.

In der ersten Phase (2009/2010) sollen vier Bereiche umgesetzt werden:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Arzneimittel-Therapie
4. Stärkung der Patientenorientierung

Tipps für Patienten

Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?

Eine Checkliste des „Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin“ empfiehlt Patienten, folgende Punkte zu beachten:

- Der Arzt muss den Patienten ernst nehmen und ihn ausführlich und auch verständlich beraten.
- Der Arzt sollte den Patienten in alle Entscheidungen einbeziehen, die seine Gesundheit betreffen, und ihn auf weiterführende Informationsquellen und Beratungsangebote hinweisen.
- Der Arzt und sein Praxispersonal sollten den Patienten freundlich und respektvoll behandeln.
- Der Arzt sollte Patienten ohne Probleme Zugang zu ihren Patientenunterlagen gewähren und es akzeptieren, wenn der Patient eine Zweitmeinung einholen möchte.
- In der Arztpraxis sollte die Intimsphäre gewahrt werden, persönliche Daten müssen gegenüber Dritten geschützt sein.

Impressum

Herausgeber: SERVOX GmbH
Marketingabteilung
Biberweg 24-26
53842 Troisdorf

Redaktion: Marketing,
Telefon: Ø 294
e-mail: vschoepe@servox.de

Texte: Ingrid Bartmann
Dr. Marc Böhme
Thomas Wilczek

Layout: Verena Schoepe

Fotonachweis: Eigentümer der Fotos ist die SERVOX GmbH