

Editorial



Falsche Anreize bekämpfen

Ein Anreiz für gute, effektive und effiziente Leistungen ist sicher immer für alle gewinnbringend. Fatal wird es, wenn wegen Fehlanreizen die eigentliche Ergebnisleistung aus dem Blick gerät. So war ich in den letzten Wochen doch erschrocken über Berichte in den Medien, wonach Krankenkassen Diagnosen von Patienten im Verein mit Ärzten und Krankenhäusern so manipulieren sollen, dass die Zuweisungen ihrer Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds möglichst hoch ausfallen. Kein geringerer als der Chef der größten deutschen Krankenkasse hatte diesen Vorwurf erhoben. Andere haben sich enrustet, wiederum andere gaben ihm recht und wiesen darauf hin, dass das System zur Manipulation einlädt. Alle Insider würden das seit Jahren wissen. Immerhin werden über den Risikostrukturausgleich jährlich mehr als 200 Milliarden Euro u. a. nach Morbiditäts Gesichtspunkten an die Kassen als Einnahmen verteilt. Das sollte ursprünglich dafür Sorge tragen, dass keine Risikoselektion stattfinden kann, es sollte zu einem Wettbewerb um die beste Versorgung beitragen. Eine richtige Diagnosestellung ist für die Behandlung wichtig. Darauf Wert zu legen ist nicht falsch. Wenn aber in Folge dieser Systemanreize sog. Codierberater bereits über die Hälfte der Ärzte mit dem Ziel kontaktiert haben, differential diagnostisch und behandlungsstrategisch sich so auszurichten, dass möglichst zusätzliche Gelder an die Kasse fließen, hat das mit der Orientierung auf gute Versorgung gar nichts zu tun. An diesen falschen Anreizen muss sich etwas ändern: Hier sind Aufsichten und Politik wirklich gefragt. Unser Anreiz übrigens sind zufriedene Kunden mit guten Dienstleistungsergebnissen zu fairen Preisen. Das spornt an, in die richtige Richtung.

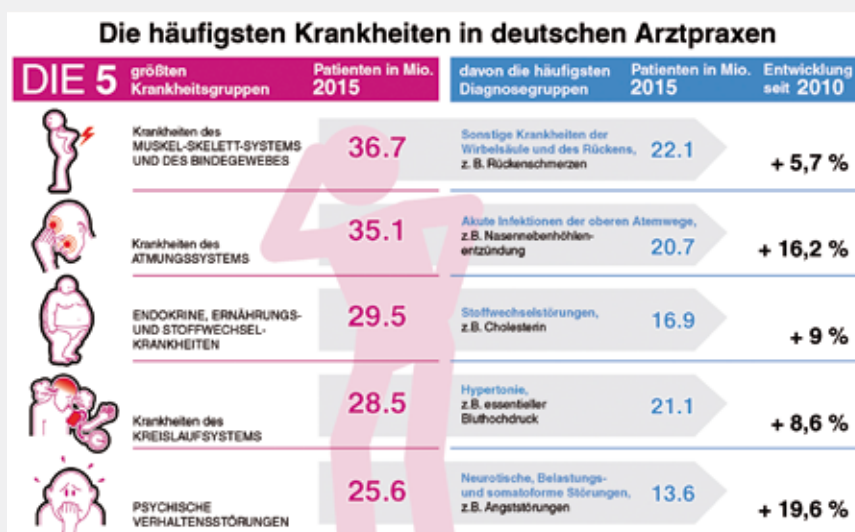
Es grüßt Sie herzlich aus Halle
Ihre Uta Eis

Zukunftsträchtig

Würdiges Sterben als Menschenrecht verankern

Wer einmal das Sterben eines nahen Menschen in all seinen Facetten eng begleitet hat, stellt in unseren Gefilden fest, dass es einerseits ungeheure Fortschritte in der palliativmedizinischen und Hospizversorgung gegeben hat, seit Mai 2015 gibt es immerhin eine erste S3-Leitlinie zur Palliativversorgung in Deutschland. Man stellt aber auch fest, dass man sich intensiv individuell kümmern muss, dass Sterben und Tod weitgehend tabuisiert und angstbesetzt sind und ein Menschenrecht auf würdiges Sterben weder kulturell noch normativ verankert ist. Alle Aspekte des Lebens, der Gesundheit und Krankheit sind in diversen Grundrechten und bedeutsamen ethischen Kodizes der demokratischen und modernen Welt angesprochen, nur nicht das Menschenrecht auf würdiges Sterben. Der Blick auf die immer deutlicher und krasser sich darstellenden globalen Widersprüche zwischen Wohlstand, sozialer Sicherung und längerem Leben auf der einen Seite, Krieg und Terror, die zahlreiche Todesopfer fordern sowie das menschenunwürdige Leben unterhalb der Armutsgrenzen mit den Hungersnöten auf der anderen Seite, befördern möglicherweise eine Zurückhaltung bei der breiten Verankerung eines Menschenrechts auf würdiges Sterben. Auch die zeitweilige Skandalisierung nicht nur des Menschenrechtsdiskurses sondern überhaupt der medialen Fokussierung auf Negatives ist diesen Bestrebungen eher hinderlich. Umso unterstützenswerter sind alle Aktivitäten, die das Menschenrecht auf würdiges Sterben verankern wollen.

Im jüngsten DAK Pflegereport sind die Erwartungen der Bundesbürger an ein würdevolles Ende des Lebens untersucht worden. Danach verbringen zwei von drei Deutschen nicht an dem Ort, den sie sich wünschen. Nur sechs Prozent wollen im Krankenhaus oder Pflegeheim sterben, in der Realität versterben dort aber dreiviertel aller Menschen. Auch sind viele stati-



Quelle: KBV, 2015

weiter auf Seite 2

onäre Aufenthalte kurz vor dem Tode vermeidbar. Hier ist eine humane und vertrauensvolle Sterbebegleitung im häuslichen Umfeld noch viel stärker zu verankern. Inzwischen haben sich zahlreiche Institutionen, Verbände und Organisationen aus der Gesundheitswirtschaft dafür ausgesprochen, die Sterbebegleitung als ein Menschenrecht einzustufen. „Jeder Mensch hat das Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“, heißt es dazu in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“, die kürzlich in Berlin vorgestellt wurde. Gleichzeitig haben die Trägerorganisationen des Charta-Prozesses – die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und die Bundesärztekammer – Handlungsempfehlungen präsentiert. Darin fordern sie eine

verbesserte Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung, die den Bedürfnissen der Betroffenen und deren Angehörigen gerecht werden muss. Zudem sollen Forschung und Weiterbildung deutlich ausgebaut werden. Knapp ein Jahr nach Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes sei es nun dringend geboten, eine menschenwürdige hochwertige Versorgung überall und in der häuslichen Umgebung finanziell abzusichern. Auch die DAK mahnte die dringende Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen an. Dafür sollen die notwendigen Ressourcen und Unterstützungen vor allem zur Verbesserung der palliativen Versorgung im häuslichen Bereich verbessert werden. Die Charta ist inzwischen von über 17.000 Institutionen und Einzelpersonen unterzeichnet worden. Das lässt hoffen und ist zukunftsfruchtig.

Meldungen

Die häufigsten Krankheiten

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland versorgen rund 552 Millionen Behandlungsfälle im Jahr. Mit welchen Krankheiten die Patienten in die Praxis kommen, beantwortet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Infografik „Die häufigsten Krankheiten in deutschen Arztpraxen“. (siehe S. 1 unten) Danach haben 36,7 Millionen Patienten im vergangenen Jahr wegen Muskel-Skelett oder Bindegeweberkrankungen eine Arztpraxis aufgesucht. Auf Platz zwei der größten Krankheitsgruppen stehen Erkrankungen des Atmungssystems (35,1 Millionen), gefolgt von Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (29,5 Millionen), Erkrankungen des Kreislaufsystems (28,5 Millionen) und psychischen Verhaltens-

störungen (25,6 Millionen). Die Grafik bildet zudem die häufigsten Diagnosen je Krankheitsgruppe ab und beleuchtet deren Entwicklung seit dem Jahr 2010. So sind bei den Krankheiten des Atmungssystems die akuten Infektionen der oberen Atemwege um 16,2 Prozent angestiegen – 20,7 Millionen Patienten gingen im vergangenen Jahr deshalb zum Arzt. Eine noch deutlichere Steigerung ist bei den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zu beobachten. Diese Diagnose stieg um 19,6 Prozent und ist damit die häufigste in der Krankheitsgruppe der psychischen Verhaltensstörungen. 13,6 Millionen Patienten ließen sich 2015 deswegen behandeln.

Ergebnisse GKV-Schätzerkreis: Keine Zusatzbeitragsveränderungen in 2017

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds werden auf 205,4 Mrd. € geschätzt. Dabei wurde der Bundeszuschuss in Höhe von 14,0 Mrd. € abzüglich des Anteils für die landwirtschaftlichen Krankenkassen berücksichtigt. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds betragen entsprechend der rechtlichen Vorgaben unverändert 206,2 Mrd. €. Der Schätzerkreis geht für das Jahr 2016 von Ausgaben in Höhe von 218,4 Mrd. € aus. Für das Jahr 2017 werden Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 214,8 Mrd. € erwartet. Der Bundeszuschuss beträgt im Jahr 2017 14,5 Mrd. €. Die voraussichtlichen Ausgaben betragen 229,1 Mrd. €. Aktuelle Gesetzesvorhaben und Konjunkturprognosen wurden bei dieser Schätzung berücksichtigt.

Rechnerisch ergibt sich aus den Schätzergebnissen keine Veränderung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gegenüber 2016. Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine rein statistische Größe zur Beschreibung der Finanzierungslücke in der GKV ist, werden sicher Krankenkassen hiervon individuell abweichen müssen. Aus dem Lager der RSA-Allianz, dem Betriebs-, Innungs- und Ersatzkrankenkassen angehören, wird der Risikostrukturausgleich als teilweise ungerecht bewertet. Trotz eines effizienten Kassenmanagements könnten vor diesem Hintergrund höhere Zusatzbeiträge notwendig werden als bei weniger effizienten Kassen, die aber ausreichend hohe Zuweisungen aus dem RSA erhielten.

Erfahrungen mit Erprobungsregelungen sind eher ernüchternd

Die vor drei Jahren eingeführte Erprobungsregelung für Medizintechnologien hat das vom Gesetzgeber vorgesehene Ziel eines schnelleren Innovationszugangs im ambulanten Bereich nicht erreicht. Dieses Fazit zogen die Experten der BVMed-Veranstaltung „Die Versorgung mit Medizinprodukten“ Ende September in Berlin. Das Verfahren sei „zu

langwierig und bürokratisch, als dass es den Innovationszyklen in der MedTech-Branche gerecht wird“, so Prof. Dr. Thomas Kersting vom IGES-Institut. In den letzten drei Jahren sei keine Erprobungsstudie auf den Weg gebracht worden. Das ist auch aus Sicht von Dr. Matthias Perleth vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) „ernüchternd“.

Sozialversicherung 2017: Neue Rechenwerte

Das Bundeskabinett hat am 12.10. den Entwurf der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung für 2017 beschlossen. Gemäß

der Einkommensentwicklung werden diese turnusmäßig angepasst. Bevor die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2017 im

Bundesgesetzblatt verkündet wird, muss ihr nach dem Kabinettsbeschluss nun noch der Bundesrat zustimmen. Die Bezugsgröße erhöht sich auf 2.975 €/Monat (2016: 2.905). Die Bezugsgröße Ost steigt auf 2.660 €/Monat (2016: 2.520). Die Versicherungspflichtgrenze in der GKV (Jahresarbeitsentgeltgrenze) steigt von 56.850 €

(2016) auf nun 57.600 €. Die Beitragsbemessungsgrenze der GKV für 2017 beläuft sich auf 52.200 € (2016: 50.850) bzw. 4.350 € monatlich. In der allgemeinen Rentenversicherung steigt die Beitragsbemessungsgrenze auf 6.350 €/Monat und die Beitragsbemessungsgrenze Ost auf 5.700 €/Monat. Hier der Überblick:

Beitragsbemessungsgrenzen				
	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Kranken- und Pflegeversicherung	4.350 €	52.200 €	4.350 €	52.200 €
Rentenversicherung	6.350 €	76.200 €	5.700 €	68.400 €
Arbeitslosenversicherung	6.350 €	76.200 €	5.700 €	68.400 €

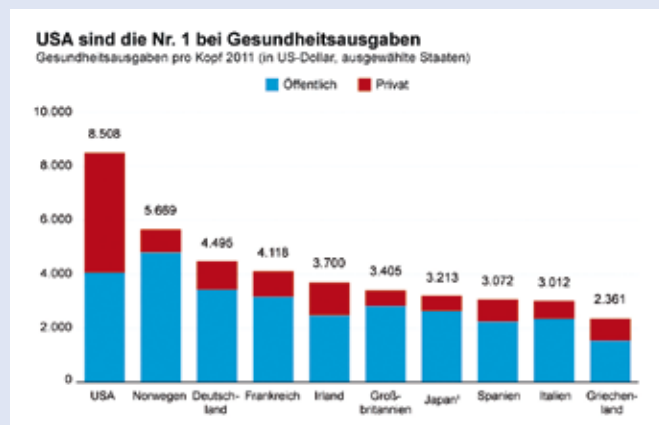
Versicherungspflichtgrenzen				
	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Kranken- und Pflegeversicherung	4.800 €	57.600 €	4.800 €	57.600 €
Bezugsgröße	2.975 €	35.700 €	2.660 €	31.920 €

Krankenhausinfektionen kosten viele Lebensjahre

Die Angst vor Krankenhausinfektionen kommt nicht von ungefähr. Eine Studie hat für Europa die beachtlichen Zahlen hochgerechnet. Demnach wird vermutet, dass sich mehrere Millionen Patienten im Krankenhaus eine Infektion zuziehen. Mehr als 90.000 sterben daran. Es liegt aber nicht nur an Hygiene-Mängeln. Sechs häufige Krankenhausinfektionen wurden in die Studie aufgenommen: Lungenentzündungen, Sepsis sowie Harnwegs- und Wundinfektionen. Daraus haben die Forscher Zahlen für Europa hochgerechnet. Sie gehen dabei von mehr als 2,5 Millionen Infektionen aus, die sich Patienten erst in einer Klinik zuzogen. Petra Gastmeier, Direktorin des Nationalen Referenzzentrums zur Überwachung von Krankenhausinfektionen an der Berliner Charité, bezeichnet die Studie als die beste, die sie zu diesem Thema gesehen hat – und das nicht nur in Europa. Für Deutschland schätzt Gastmeier die Zahl der Krankenhausinfektionen pro Jahr auf rund 500.000. Dadurch kommt es geschätzt zu bis zu 15.000 Todesfällen. Dabei gilt ein Drittel der Krankenhausinfektionen als vermeidbar – zum Beispiel durch bessere Hygiene. Die Krankenhausinfektionen sind nach Angaben der Autoren zugleich Ursache für 2,5 Millionen beeinträchtigte oder verlorene Lebensjahre jährlich in Europa. Als Basis für die Europa-Auswertung dienen

am Ende die Daten von rund 274.000 Patienten in rund 1150 Akutkrankenhäusern. Nicht berücksichtigt wurden andere Einrichtungen wie zum Beispiel Reha-Zentren. In der Studie seien 85 bis 90 Prozent der in den 30 Ländern vorkommenden Krankenhausinfektionen erfasst worden, sagt Expertin Gastmeier.

Quelle Grafiken: OECD



5 Prozent der Privathaushalte haben kein Mobiltelefon

Fünf Prozent der privaten Haushalte in Deutschland besaßen Anfang 2016 kein mobiles Telefon (zum Beispiel Handy oder Smartphone). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, ist der

Ausstattungsgrad mit Mobiltelefonen innerhalb von zehn Jahren um 15 Prozentpunkte gestiegen – von gut 80 % der Haushalte im Jahr 2006 auf 95 % der Haushalte Anfang 2016.

Zahl des Quartals: 80 TAUSEND

Im Jahr 2015 waren in Deutschland rund 80 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, das entspricht 0,1 % der Bevölkerung. Das zeigen die Ergebnisse des alle vier Jahre erhobenen Zusatzprogramms „Angaben zur Krankenversicherung“ aus dem Mikrozensus, der größten jährlichen Haushaltsbefragung in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2016

BVA-Tätigkeitsbericht

3.343 Versicherte haben sich letztes Jahr beim Bundesversicherungsamt (BVA) über ihre Krankenversicherung beschwert. Damit haben die Kassen bei insgesamt 5.321 eingegangenen Beschwerden den Löwenanteil inne. 2014 waren es noch 2.751 und damit knapp 21,5 Prozent weniger. Das ist ein zentrales Ergebnis des kürzlich veröffentlichten Tätigkeitsberichtes 2015. Insbesondere im Bereich der Inkontinenz-Hilfsmittel hätte es einen deutlichen Anstieg der Unzufriedenheit gegeben, heißt es im Bericht.

Auch Beschwerden über die Pflegeversicherung nahmen gravierend zu. Waren es 2014 noch 180 Beschwerden, die diesbezüglich beim

BVA eingingen, stieg die Anzahl vergangenes Jahr um 58 Prozent auf 284. Hier hätten die Versicherten vor allem bemängelt, dass zum Teil ein besonderer Fragebogen zur Prüfung der Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege (beispielsweise bei der Verabreichung von Insulinspritzen bei Diabetes in der Behandlungspflege) eingesetzt wurde. Weitere Beschwerden betrafen pauschale Ablehnungen von Leistungen der häuslichen Krankenpflege wegen der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Dies sollte für die Krankenkassen ein Alarmzeichen sein, in Qualitätsfragen sich an Kunden- und Versichertenbedürfnisse auszurichten und Transparenz herzustellen.

VITASERV AG

Service in der Pflegekasse zahlt sich aus

Wer bereits die Pflegekasse in Anspruch nehmen musste, weiß wie wichtig guter Service ist. Nicht zuletzt urteilen Angehörige von Pflegebedürftigen und Leistungserbringer über eine Krankenkasse, wenn es eigentlich um den Service der Pflegekasse geht. Service schafft Empfehlung und begeisterte Kunden wirken als Multiplikator.

Für Versicherte und deren Angehörige sind vor allem zeitnahe Entscheidungen wichtig, um die Betroffenen gut zu versorgen und deren Angehörige zu entlasten. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird die größte und tiefgreifendste Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung realisiert.

Durch die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Zuge der Pflegereform 2017 können Mehraufwände bei den Pflege-

kassen entstehen. Mitarbeiter müssen sich mit neuen Themen vertraut machen, aber auch erhöhter Aufklärungsbedarf bei den Versicherten bzw. deren Angehörigen führt zu Mehrbelastungen. Eine erforderliche zeitnahe Bearbeitung von Anträgen für Pflegeleistungen kann dadurch gefährdet sein.

Damit dies aber gewährleistet werden kann, hat sich VITASERV in den letzten Wochen im Rahmen von Projekten mit Möglichkeiten der Unterstützung für Pflegekassen auseinandergesetzt.

Unter der Maßgabe des hoheitlichen Handelns wurden dazu Prozesse für ein Outsourcing entwickelt und für verschiedene Kunden bereits in die Praxis umgesetzt.

Sprechen Sie mit uns! Wir stehen für Kundenzufriedenheit und Qualität!

Quartalsfoto



Berliner Lichter

©Edition Ursprung, Rolf Stuppardt

Zitatenschatz

” ALLE SAGTEN:
DAS GEHT NICHT.
DANN KAM EINER,
DER WUSSTE DAS
NICHT UND
HAT’S GEMACHT. “

Unbekannt, Lebenssprüche

Impressum

VITASERV AG
Magdeburger Straße 36
D-06112 Halle (Saale)

Uta Eis – Vorstand
Telefon: +49 (0)345 27 997 -0
Telefax: +49 (0)345 27 997 -890

Konzeption & Gestaltung:
STUPPARDTPARTNER Berlin, Menden, Overath
www.stuppardtpartner.de