

INHALT

- **Pflege-Report 2016: Hilfsangebote bleiben meist ungenutzt**
- **Arzneimittel: Preistreiber Patentschutz**
- **CDU will mehr Reha auch für Pflegebedürftige**
- **Erkältungswelle: Fast jeder Dritte lag mindestens einmal flach**
- **Kassenärzte wollen mehr Geld für Qualitätsmanagement**
- **Mit Teerlunge und Raucherbein gegen den blauen Dunst**
- **Blickpunkt Hintergrund: Krankenhaus-Report 2016 – Wirrwarr und Chaos statt Flexibilität und Effizienz**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
14. März 2015

■ Deutscher Pflegetag 2016: Pflegeberufe aufwerten

Als starkes Bündnis für die generalistische Berufsausbildung präsentierten sich Deutscher Pflegerat, Bundesregierung und AOK-Bundesverband auf den Deutschen Pflegetag. „Endlich ist das Pflegeberufegesetz auf den Weg gebracht“, sagte Pflegerats-Präsident Andreas Westerfellhaus. Zusammen mit dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef-Laumann, und dem Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, hatte er den dreitägigen Kongress eröffnet. Das Gesetz sei eine gute Nachricht für alle professionell Pflegenden, so Westerfellhaus. Mit der Ausbildungsreform werde ihre Arbeit deutlich aufgewertet. Der Bundesrat hat dem Gesetz bereits grundsätzlich zugestimmt, der Bundestag berät den Kabinettsentwurf erstmals am 18. März 2016. Westerfellhaus zeigte sich zuversichtlich, dass die neue Ausbildung zu besseren Karrierechancen und zu einer angemesseneren Bezahlung, insbesondere in der Altenpflege, führen werde. Zudem sichere die Reform die benötigte Basis an gut ausgebildeten und motivierten Pflegefachkräften. Martin Litsch rief alle Beteiligten zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung auf, um die pflegepolitischen Herausforderungen anzugehen. „Wir brauchen Mann und Maus“, sagte Litsch. Die AOK setze alles daran, die Pflegeversicherung wetterfest zu machen. Litsch unterstrich den Vertretungs- und Gestaltungsanspruch der AOK als größte Pflegekasse der Republik.

Infos: www.aok-bv.de

■ Klares Bekenntnis zum aktuellen GKV-Finanzausgleich

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat Forderungen nach übereilten Reformen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zurückgewiesen. „Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie ihn das BVA seit 2009 durchführt, ist das richtige Instrument, um Risiken wie Alter, Geschlecht und Krankheit auszugleichen“, stellte BVA-Präsident Frank Plate klar. Er sei Basis für fairen Kassen-Wettbewerb. Jeder müsse sich aber an die Spielregeln halten. „Wenn eine Krankenkasse dies nicht macht, muss die zuständige Aufsicht einschreiten. Das BVA tut dies“, betonte Plate. Die Reaktion einiger Krankenkassen, die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA für ihre schlechte finanzielle Lage verantwortlich zu machen, nannte der BVA-Präsident „falsch und reflexhaft“. Plate lud alle Kassen zum „konstruktiven, fachlichen Dialog“ ein.

Infos: www.bundesversicherungsamt.de

ZUR PERSON I



Foto: AGVP

■ **Isabell Halletz** ist ab April neue Geschäftsführerin des Arbeitgeberverbandes Pflege (AGVP). Halletz arbeitete nach dem Betriebswirtschaftstudium als Leitende Referentin beim Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg sowie für die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation Brandenburg.



■ **Christine Trowitsch**, hat am 1. März die Leitung der Hauptabteilung Unternehmenspolitik/-kommunikation bei der AOK Hessen übernommen. Trowitsch war zuvor Unternehmenssprecherin der Universitätskliniken Hamburg-Eppendorf.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Pflege-Report 2016: Hilfsangebote bleiben meist ungenutzt

Weniger als 20 Prozent der pflegenden Angehörigen nutzen zusätzliche Unterstützungsangebote der **sozialen Pflegeversicherung**. Einzig vom Pflegedienst machen knapp zwei Drittel Gebrauch. Das hat eine Umfrage für den Pflege-Report 2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ergeben. Dabei sind die Angebote durchaus bekannt und gewünscht. Jeder vierte Befragte, der weder Pflegedienst noch Tagespflege oder Kurz- und Verhinderungspflege nutzt, sagt, dass er sie eigentlich benötige. Viele Pflegebedürftige wollen jedoch laut Umfrage nicht von einer fremden Person gepflegt werden. „Wir müssen die Bedürfnisse der Betroffenen noch besser verstehen und gleichzeitig mit guter Beratung und niedrigschwelligen Angeboten überzeugen. Allerdings zeigt sich hier auch ein tief sitzendes Selbstverständnis von familiärer Pflege, in das Pflichtgefühl und Scham mit hineinspielen“, beschreibt Antje Schwinger, Pflegeexpertin des WIdO und Mitherausgeberin des Reports, die Hemmnisse. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, fordert zudem mehr Flexibilität, etwa die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammenzulegen. „Statt zwei verschiedener Regelungen und Budgets sprechen wir uns für die Bündelung aus. Es geht um 3.224 Euro für 14 Wochen je Kalenderjahr. Pflegende Angehörige wissen selbst am besten, wie sie das Geld am sinnvollsten einsetzen können.“

Infos: www.wido.de

■ Preistreiber: Patentgeschützte Arzneimittel

15 Mal höher als der Durchschnitt der Arzneimittel lag der Apothekenverkaufspreis aller in den letzten 36 Monaten neu eingeführten Arzneimittel im patentgeschützten Markt im Januar 2016. Das zeigt der aktuelle **Preisindex für Arzneimittel** des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Die Packung für jene Medikamente ist demnach binnen zwei Jahren um fast 50 Prozent teurer geworden. Der Preis pro Packung lag im Januar 2016 durchschnittlich bei über 4.000 Euro. Der durchschnittliche Packungspreis im Gesamtmarkt lag bei 261,94 Euro. „Im In- und im Ausland stehen Krankenkassen zunehmend einer herausfordernden Preispolitik der pharmazeutischen Hersteller gegenüber. Ausreichende Regulierungsinstrumente fehlen jedoch“, so WIdO-Vize Helmut Schröder. Die deutschen Ärzte wollen bei den Arzneimittelpreisen auch genauer hinschauen. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat angekündigt, die **Preisbildung zum TOP-Thema** des diesjährigen Deutschen Ärztetages im Mai machen zu wollen. „Wir werden dort über Transparenz bei der Preisbildung sprechen und auch darüber, inwieweit die Preise am Patientennutzen orientiert sind.“ Montgomery wies darauf hin, dass Krebsmedikamente 2014 mit 4,7 Milliarden Euro die umsatzstärkste Wirkstoffgruppe im Arzneimittelmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Marc M. Kinert**, leitet seit Mitte Februar die Presse und Öffentlichkeitsarbeit des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Kinert kommt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Dort war er insgesamt zehn Jahre tätig war, unter anderem als Sprecher des BMFSFJ, zuletzt als Referatsleiter „Fachpolitische Kommunikation“ in der Abteilung „Familie“.

Foto: Oliver Bethke

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Krankenhaus-Report 2016: Wildwuchs bei ambulanten Leistungen in Kliniken

Einheitliche Spielregeln für ambulante Leistungen in Kliniken fordern die Herausgeber des Krankenhaus-Reports 2016. Hinter der Vielfalt unterschiedlicher Rechtsformen stecke kein rationales Ordnungsprinzip, monierte der Essener Gesundheitsökonom, Prof. Dr. Jürgen Wasem. Der Vorsitzende der „Gesundheits-Weisen“, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, kritisierte die strikte Trennung von Klinik und Praxen. Dies sei „für Patienten gefährlich und für alle viel zu teuer“.

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, plädierte für eine „Neuausrichtung der fachärztlich-ambulanten Versorgung“. Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) hingegen wertete den Report als Bestätigung der eigenen Arbeit. „Der diesjährige Krankenhaus-Report gibt einen guten Überblick über das ambulante Leistungsspektrum der

Krankenhäuser und macht mehr als deutlich, dass ohne die Krankenhäuser die ambulante medizinische Versorgung nicht gewährleistet wäre“, erklärte DKG-Präsident Thomas Reumann. Einzelheiten ab S. 7 im Hintergrund.

Infos: www.wido.de

■ CDU will mehr Reha auch für Pflegebedürftige

Die CDU will das Angebot an Reha-Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausweiten, finanziert aus der Pflegeversicherung. Im Gegenzug sollen medizinische Behandlungen im Pflegeheim von den Krankenkassen übernommen werden. „Es ist ein Unding, dass immer noch zu wenige altersgerechte Reha-Maßnahmen durchgeführt werden. Pflegebedürftige könnten länger eigenständiger und mobiler bleiben.“, sagte laut Medienberichten CDU-Präsidiumsmitglied Jens Spahn. Hintergrund ist ein Papier des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege der CDU. Die SPD lehnt die Pläne ab. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes blendet der CDU-Vorschlag aus, dass Reha bei Pflege fast ausschließlich während oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung stattfinde. Zudem müsse auch der Anteil an Physio-, Ergo- und Logotherapie bei Pflegebedürftigen betrachtet werden, mit denen der Verlauf der Pflegebedürftigkeit beeinflusst werde, so die AOK mit Verweis auf Analysen ihres Wissenschaftlichen Instituts (WIdO). Laut aktuellem Heilmittelbericht wurden 2014 im Schnitt 30 Prozent der Pflegebedürftigen mit mindestens einer solchen Maßnahme versorgt.

Infos: www.wido.de

KOMMENTAR

„Die Mauer muss weg!“, rief Ferdinand Gerlach den versammelten Hauptstadt-Medien entgegen. „Aber die ist doch längst weg!“, staunt der Laie. Doch der Fachmann wundert sich überhaupt nicht. Der Ruf nach durchlässigeren Grenzen zwischen stationärem und ambulantem Sektor hallt ungefähr schon so lange durchs Land, wie der Mauerfall her ist, und ist nach all der Zeit zur netten Anekdote geworden. Doch der Gesundheitsweise Professor Gerlach sagt auch: „Für Patienten gefährlich und für alle viel zu teuer!“ Das ist dann gar nicht lustig. Auch nach 30 Jahren nicht. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Erkältungswelle: Fast jeder Dritte lag mindestens einmal flach

Atemwegserkrankungen haben 2015 im Vergleich zu 2014 um gut 20 Prozent zugenommen. Sie sind auch für eine Zunahme der Fehlzeiten verantwortlich. Das hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) nach Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten mitgeteilt. „Die Erkältungswelle 2015 ist vor allem in den ersten drei Monaten des Jahres aufgetreten. Die Anzahl der erkältungsbedingten Krankschreibungen war im Februar besonders hoch und lag 80 Prozent über dem durchschnittlichen Wert der zehn Vorjahre“, zog der stellvertretende Geschäftsführer des WIdO, Helmut Schröder, eine erste Bilanz. Der Krankenstand stieg bei den knapp zwölf Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern 2015 im Vorjahresvergleich leicht von 5,2 auf 5,3 Prozent. Während andere Krankheitsarten 2015 mehrheitlich rückläufig waren, haben Atemwegserkrankungen die Fehlzeiten deutlich ansteigen lassen. Eine durchschnittliche Krankschreibung in dieser Gruppe dauerte dabei 6,6 Tage. Vor allem die „Akuten Infektionen der oberen Atemwege“ und somit die klassische Erkältung haben den Krankenstand nach oben getrieben. Entfielen im Jahr 2014 rein rechnerisch auf 100 AOK-Mitglieder 28,2 Arbeitsunfähigkeitsfälle, so waren es 2015 bereits 34,9 Fälle. Dies entspricht einer Steigerung um 23,5 Prozent.

Infos: www.wido.de

■ Kassenärzte wollen mehr Geld für Qualitätsmanagement

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belastet das Qualitätsmanagement die Arztpraxen und die Kassenärztliche Vereinigungen jährlich mit rund vier Milliarden Euro. Die niedergelassenen Ärzte wollen deshalb für ihren Aufwand höher vergütet werden. „Hohe Qualität ist nicht umsonst“, begründet KBV-Vorstandschef Andreas Gassen die Forderung. Qualitätssicherung und Qualitätsförderung seien zum Teil sehr zeitaufwendig. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hält dagegen. Hohe Qualität ärztlicher Leistungen sicherzustellen, sei eigentlich eine Selbstverständlichkeit und im Interesse aller Ärzte. Wenn dazu Verwaltungsaufwand etwa durch Formulare, Dokumentationen und standardisierte Regeln nötig sei, könne man das nicht per se als unnötige Bürokratie abtun. Scharfe Kritik an der KBV kommt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz. „Qualitätsmanagement nur gegen Milliarden. Verkehrte Welt“, erklärte Stiftungsvorstand Eugen Brysch. „Die Kassenärzte tun so, als ob Patienten sonst von den niedergelassenen Ärzten nur unter Qualitätsvorbehalt therapiert würden.“ Die GKV-Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung ist laut den **vorläufigen Finanzergebnissen** (KV 45) 2015 um fast 1,6 Milliarden auf knapp 39,1 Milliarden Euro gestiegen. Das heißt, mehr als jeder sechste GKV-Euro fließt bereits in die ambulante Versorgung.

Infos: www.kbv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Mit Teerlunge und Raucherbein gegen den blauen Dunst

Auf Zigarettenschachteln in Deutschland muss ab Mai 2016 mit großformatigen Schockfotos vor den Gefahren des Rauchens gewarnt werden. Der Bundestag setzt damit die Tabakrichtlinie der EU in deutsches Recht um. Sie verpflichtet die Hersteller dazu, zwei Drittel der Zigaretten- und Tabakverpackungen mit Warnbildern und aufklärenden Texten zu versehen. Gleichzeitig werden Aromen verboten, die den Tabakgeschmack überdecken. Für Mentholzigaretten gilt eine Übergangsfrist bis 2020. Die Zustimmung des Bundesrates gilt als wahrscheinlich. „Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko“, kommentierte die **Drogenbeauftragte der Bundesregierung**, Marlene Mortler (CSU), die Entscheidung. Linken und Grünen gehen die Regelungen nicht weit genug. Sie fordern vor allem ein vollständiges Werbeverbot. Die Hersteller warnten vor dem Abbau von Arbeitsplätzen sprachen und von einem „rabenschwarzen Tag“. Die Bundesärztekammer begrüßte die Entscheidung: „Wir müssen über die gesundheitsschädlichen Gefahren des Tabakkonsums aufklären. Dass der Bundestag nun den Weg für sogenannte Schockbilder und größere Warnhinweise geebnet hat, ist eine gute Nachricht“, sagte der Vorsitzende der Arbeitsgruppe „Sucht und Drogen“, Dr. Josef Mischo. Die AOK setzt seit 20 Jahren mit der Initiative „Be Smart – Don’t Start“ mit der Raucherprävention bereits in den Schulen an.

Infos: www.besmart.info

■ Wertpapiergeschäfte der KBV: Bündnis 90/Die Grünen sind skeptisch

Nach einem Prüfbericht des **Bundesversicherungsamtes** hat die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** (KBV) einen Teil ihrer Mittel für Spekulationen mit Wertpapieren genutzt und dabei Verluste in Höhe von mindestens 1,1 Millionen Euro erlitten. Mit den Wertpapiergeschäften der KBV befasst sich nun die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung. Die Abgeordneten wollen von der Bundesregierung Details über die Transaktionen der KBV erfahren. Klare Zuständigkeiten und ein strukturiertes Entscheidungsverfahren für solche Geldanlagen hätten offensichtlich gefehlt, heißt es in der Anfrage. Angesichts der großen Summen, die von gesetzlich Versicherten und Steuerzahlern für die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens aufgebracht würden, habe die Öffentlichkeit ein Anrecht auf größtmögliche Transparenz.

Infos: www.bundestag.de

Vorschau

G+G | 03/2016

Gesundheit und Gesellschaft

Luft fürs Leben daheim

Künstlich beatmet und trotzdem zu Hause – was das für Patienten, Angehörige und Pflegekräfte mit sich bringt, macht eine aktuelle Studie deutlich. Einblicke von Michael Ewers, Christiane Schaepe und Jennifer Hartl

Mission Lebensqualität

Therapie abstimmen, Hilfsmittel organisieren, Arzneien dosieren: Eine Praxis für außerklinische Beatmung hilft schwerstkranken Menschen, selbstbestimmter zu leben. Thomas Hommel berichtet.

Neue Regeln im Pillen-Poker

Große Gewinne der Pharmafirmen, schwere Lasten für die Kassen – damit neue Präparate bezahlbar bleiben, sind die Vorgaben für die Preisfindung zu korrigieren. Analysen von Sabine Richard.

GKV-Finanzentwicklung 2015*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	3,9	3,9	3,8	4,6	3,8
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	2,9	2,7	3,2	4,2	2,4
Zahnersatz	1,3	1,4	1,9	1,5	1,1
Arzneimittel	3,9	3,9	4,1	5,9	3,9
Hilfsmittel	1,2	1,1	4,9	0,4	-0,3
Heilmittel	6,5	4,5	6,5	13,9	6,8
Krankenhausbehandlung	3,1	2,3	2,8	5,9	3,3
Krankengeld	5,1	6,4	5,8	6,7	3,5
Fahrtkosten	9,0	8,7	9,1	15,0	7,9
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	2,0	2,9	5,4	13,3	-1,4
Früherkennungsmaßnahmen	2,0	2,1	1,0	2,5	1,9
Häusliche Krankenpflege	9,1	8,7	10,4	15,1	8,3
Ausgaben für Leistungen insgesamt	3,8	3,5	3,8	5,9	3,6

Die Krankenkassen haben auch das Jahr 2015 mit einem Defizit abgeschlossen. Es fällt mit 1,14 Milliarden Euro nur unwesentlich geringer aus als im Vorjahr (1,2 Milliarden Euro). Die Ausgaben lagen bei rund 213,56 Milliarden Euro. Die Einnahmen betragen rund 212,42 Milliarden Euro. Der größte Ausgabenblock bleiben die Kliniken. Für Krankenhausbehandlungen gaben die Kassen insgesamt 71,1 Milliarden Euro aus, fast ein Drittel der GKV-Ausgaben insgesamt.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Quelle: KV 45, BMG)

Infos: www.bmg.bund.de

■ Otto-Normal-Bürger: Mehr als 4.000 Euro in die Gesundheit

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat mittlerweile alle relevanten Zahlen des Gesundheitsmarktes für das Jahr 2014 ausgewertet und ganz aktuell vorgelegt. Demnach haben die Menschen in Deutschland insgesamt 328 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben. Das sind 13,3 Milliarden Euro oder 4,2 Prozent mehr als 2013. Auf jeden Einwohner entfielen 4050 Euro. 2013 waren es noch 2013 3902 Euro. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt unverändert bei 11,2 Prozent. Die gesetzliche Krankenversicherung war mit 191,8 Milliarden Euro der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen..

Infos: www.destatis.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Krankenhaus-Report 2016: Wirrwarr und Chaos statt Flexibilität und Effizienz

Ein chaotisches Bild zeichnet der Krankenhaus-Report 2016 vom Versuch, die Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durchlässiger zu machen. Dieser gesundheitspolitische Trend der vergangenen knapp drei Jahrzehnte folge keinem übergeordneten Konzept, so das Expertenurteil. Statt der erhofften Flexibilität und höheren Effizienz der medizinischen Versorgung spricht der Report von „Wildwuchs“. „De facto werden hier identische Leistungen in verschiedene Rechtsformen verpackt und dann auch noch unterschiedlich vergütet“, kritisiert Mitherausgeber Prof. Dr. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom an der Universität Duisburg-Essen. Er fordert einen einheitlichen Ordnungsrahmen.

Die eigentlich strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor geht zurück auf das Gesetz über Kassenarztrecht von 1955. Die ambulante medizinische Versorgung obliegt demnach den niedergelassenen Ärzten; dies umfasst auch die Notfallversorgung. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Krankenhäuser nehmen nach Paragraph 39 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) eine sekundäre Rolle in der Gesundheitsversorgung ein, die nur dann zum Tragen kommt, wenn eine qualitativ hochwertige Behandlung insbesondere durch die niedergelassenen Ärzte nicht möglich ist. Im Vergleich zum europäischen Ausland wird daher in Deutschland immer noch ein sehr geringer Teil der ambulanten Versorgung im Krankenhaus erbracht.

» Inkonsistentes Angebot ohne Ordnungsrahmen

Seit Anfang der 90er-Jahre ist diese historisch gewachsene strikte Trennung zwischen stationärem und ambulantem Sektor schrittweise aufgebrochen worden. Krankenhausärzte können ermächtigt werden – erhalten also die Erlaubnis –, wie ein niedergelassener Arzt Patienten ambulant zu behandeln. Es gibt neue Regelungen zur vor- und nachstationären Behandlung und zum ambulanten Operieren. Für diverse medizinische Versorgungsfelder wie Psychiatrie, Geriatrie und Sozialpädiatrie sind neue Formen von Institutsambulanzen geschaffen worden. In der sektorenübergreifenden ambulanten Notfallversorgung werden in vielen Regionen die Notfallambulanzen im Krankenhaus zunehmend von den Patienten in Anspruch genommen. Die aktuelle Erweiterung des Versorgungsauftrags für Hochschulambulanzen im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes über Forschung und Lehre hinaus vollzieht formal nach, dass hier schon länger spezialfachärztliche ambulante Versorgungsaufgaben wahrgenommen werden. Ähnliche Unterschiede gebe es auch bei der Bedarfsplanung, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder den Zugangsregeln zu Innovationen. „Und in puncto Qualitätssicherung sind ambulante Krankenhausleistungen ohnehin Wüsten“, so Wasem weiter. Deshalb müsse die Politik an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Leistungen endlich einheitliche Spielregeln für

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

alle und einen neuen Ordnungsrahmen vorgeben. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen könne der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) übernehmen.

» Patienten tendieren im Notfall zum Krankenhaus

In der ambulanten Notfallversorgung übernehmen die Kliniken immer größere Anteile. Untersuchungen zeigen, dass Patienten im Falle eines zumindest wahrgenommenen Notfalls dazu tendieren, Krankenhäuser direkt aufzusuchen und nicht erst den ambulanten ärztlichen Notdienst, da sie hier ein breiteres Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Angeboten erwarten. Der Krankenhaus-Report hat das exemplarisch an den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern untersucht. 2013 wurde fast jeder fünfte GKV-Versicherte im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt. In Berlin und Brandenburg waren es drei von vier der ambulanten Notfälle. In Mecklenburg-Vorpommern waren es immerhin noch mehr als die Hälfte. Von den Befragten, die konkret einen Kassenwechsel erwogen, nannte nur rund jeder Fünfte den Preis beziehungsweise den Zusatzbeitrag als entscheidendes Motiv.

Bei vielen neuen Versorgungsformen konstatiert der Krankenhaus-Report zugleich eine ungesteuerte Mengenentwicklung. Aus Sicht der Experten ist das Ausdruck des Umstandes, dass sowohl im stationären als auch im niedergelassenen ambulanten Bereich Maßnahmen der Mengenbegrenzung greifen, die jedoch für die neuen Angebote nicht gelten. Der verstärkte Ersatz von stationären Leistungen durch ein ausbalanciertes ambulantes Leistungsangebot sei vorteilhaft. Für entsprechende innovative sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen fehlten jedoch die ebenso ausbalancierten Vergütungs- und Planungsstrukturen.

» Mehr Miteinander anstelle von Sonderinteressen und Systemegoismen

Auch Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, kritisiert die Strukturprobleme zwischen den Sektoren. Das Fehlen von einheitlichen Spielregeln führe vielfach zu konträren Interessen. Echte Zusammenarbeit, etwa zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kardiologen, sei weder vorgesehen noch möglich. Mit der Folge, dass es zu Informationsbrüchen, Missverständnissen, Behandlungsfehlern, Mehrfachdiagnostik, vermeidbaren hohen Arztkontakten und Mengenausweitungen komme.

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, ruft die Beteiligten zur Kooperationsbereitschaft auf. Der Status quo führe seit Jahren nur zu Patchwork und den altbekannten rituellen Verteilungskämpfen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Voraussetzung für eine Neuausrichtung der fachärztlich-ambulanten Versorgung sei mehr Transparenz. Dazu brauche es eine einheitliche Dokumentation von ambulanten und fachärztlich-ambulanten Leistungen. Das mache Doppelstrukturen und Qualitätseinbußen sichtbar und schaffe Vergleichbarkeit.

Infos: www.wido.de