

report schleswig-holstein

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Aug. 2010

ersatzkassen

Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Der demografische Wandel, die durchaus positiv zu bewertende Entwicklung einer immer älter werdenden Gesellschaft, der medizinische Fortschritt aber auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen innerhalb der GKV, der Gesundheitsfonds sowie eine mangelhafte bis gar nicht existierende Strukturdebatte haben die gesetzlichen Krankenversicherungen an den Rand ihrer finanziellen Möglichkeiten geführt.

Während der Schätzerkreis für 2011 ein Defizit in Höhe von ca. elf Milliarden Euro prognostiziert, gehen andere Schätzungen von einem zu erwartenden Defizit in Höhe von bis zu 15 Milliarden Euro aus. Dringender Handlungsbedarf Seitens der Politik ist geboten. In die konkreten Einsparmaßnahmen sind alle Bereiche des Gesundheitswesens mit einzubeziehen.

In dieser Ausgabe:

- Reformvorhaben in der Gesundheitspolitik
Mit einer Bewertung des DGB Bezirk Nord
- Auch 2011: Ärzte erhalten mehr Geld
- Privatisierungspläne des
Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- Chance für den Paragraphen 116 b SGB VI?

Durch die Verabschiedung des Arzneimittel-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) wurden im Arzneimittelbereich Neuregelungen u. a. im Bereich des Herstellerabschlages auf den Weg gebracht, die zu Einsparungen von insgesamt ca. zwei Milliarden Euro führen sollen.

Am 6.6.2010 wurden nun vom Bundesgesundheitsminister die mit den Partei- und Fraktionsspitzen der Regierungskoalition erarbeiteten Eckpunkte zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorgestellt.

Vor dem Hintergrund, das drohende Milliarden-Defizit der GKV abzuwenden, bestand die vornehmliche Aufgabe darin, die Ausgaben zu stabilisieren, die Finanzierungsgrundlage zu stärken sowie den Sozialausgleich gerecht zu gestalten.

Ausgaben stabilisieren

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen für 2011 und 2012 werden gedeckelt, dies führt zu Einsparungen von jährlich 300 Millionen Euro.
- Der Effizienzabschlag bei Krankenhäusern für Mehrleistungen beträgt 30 Prozent; damit sollen jährlich 350 Millionen Euro eingespart werden. Des Weiteren dürfen die Krankenhausausgaben nur in Höhe der Hälfte der Grundlohnsumme steigen; dies soll zu weiteren Einsparungen von 150 Millionen Euro im Jahr führen.
- Der Zuwachs der Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung soll auf die Hälfte der Grundlohnsumme begrenzt werden. Ein Einsparpotenzial wird seitens des Ministeriums bislang nicht genannt. Der vdek geht von 80 bis 90 Millionen Euro aus.
- Die Preise für Impfstoffe sollen auf europäisches Niveau gesenkt werden; eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Reimportregelung für Arzneimittel soll zu weiteren Einsparungen führen.
- Im Arzneimittelbereich sollen durch die Umsetzung folgender Punkte ca. zwei Milliarden Euro pro Jahr eingespart werden: Regelungen Herstellerabschlag, Preismoratorium sowie Neuregelungen durch AMNOG.
- Eine Modifizierung der Vergütung für Ärzte soll zu Einsparungen von 350 Millionen Euro führe.
- Um Mehrausgaben der GKV in Höhe von ca. einer Milliarden Euro zu vermeiden, soll das bislang geltende Vergütungsniveau in der hausarzt-

DER KOMMENTAR



Dietmar Katzer,
vdek-Landesvertretung

Richtig Sparen sieht anders aus

Die Erwartungen an den neuen, jungen und dynamischen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler waren groß. Die Ziele, die er sich selber gesetzt hat, waren hoch – aus bayrischer Sicht zu hoch. Unser GKV-System wollte er vom Grundsatz her – mit neuen Strukturen – reformieren. Ihm, dem Arzt, war bewusst, dass man ihm Klientel-Politik selbst unterstellen würde. Bei der „Operation Gesundheitswesen“ wollte er daher Operateur am OP-Tisch sein.

Die nun vorgestellten Eckpunkte zur Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind aber keine Reform des Gesundheitswesens, der Minister degradiert zum Hakenhalter am OP-Tisch.

Angesichts des bislang größten zu erwartenden Defizits in der GKV im nächsten Jahr hat man mehr erwartet. Die im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) auf den Weg gebrachten Einsparmaßnahmen waren vielversprechend. Was dann folgte, war für unsere Versicherten jedoch enttäuschend.

Die originären Strukturelemente sucht man vergebens, stattdessen enthält das Finanzierungspaket nur Spar- und Belastungsvorschläge. Im Koalitionsvertrag hörte sich dies noch ganz anders an.

Einmal mehr werden die Versicherten belastet. Das ist der falsche Weg. Unsere 51 Millionen Versicherten zahlen schon heute einen um 0,9 Prozentpunkte höheren Beitrag als die Arbeitgeber. Am 1.1.2011 werden weitere 0,3 Prozentpunkte hinzukommen. Von dem individuellen Zusatzbeitrag ganz zu schweigen.

Bei dem nun vorgelegten Finanzierungskonzept stimmt die Balance nicht mehr. Werden die Arbeitgeberbeiträge eingefroren, zahlen die Versicherten in Zukunft den medizinischen Fortschritt alleine. Die Belastungsgrenzen kann der Gesetzgeber – wie man jetzt sieht – ja jederzeit ändern.

zentrierten Versorgung auf das Vergütungsniveau in der Regelversorgung begrenzt werden. Von dieser Regelung unberührt bleiben die bereits in Bayern und Baden-Württemberg abgeschlossenen Verträge. Diese genießen Vertrauensschutz.

Die konsequente Umsetzung bzw. Anwendung der entsprechenden Maßnahmen sollen, so das Ministerium, 2011 zu Einsparungen in Höhe von ca. 3,5 Milliarden und 2012 in Höhe von vier Milliarden Euro führen.

Finanzgrundlagen stärken

- Der paritätisch finanzierte Beitragssatz wird ab dem 1.1.2011 wieder 14,6 Prozentpunkte betragen. Der Sonderbeitrag der Arbeitnehmer von 0,9 Beitragssatzpunkten bleibt erhalten.
- Der Arbeitgeberanteil wird auf der Höhe von 7,3 Beitragspunkten festgeschrieben.
- Die Beitragsanpassungsklausel für den Gesundheitsfonds in Paragraph 220 Abs. 2 SGB V soll gestrichen werden. Im Ergebnis wird also nicht nur der Beitragssatz des Arbeitgebers festgeschrieben, sondern auch der einkommensabhängige Arbeitnehmerbeitragssatz. Ausgabensteigerungen werden folglich künftig ausschließlich über die pauschalen Zusatzbeiträge finanziert.
- Das Bundesversicherungsamt (BVA) stellt zu Beginn des Jahres den „durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ in der GKV fest.
- Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge sind künftig nicht mehr begrenzt; sie werden pauschal erhoben. Die Möglichkeit zur Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge entfällt; ebenso die Begrenzung der Zusatzbeiträge auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen. Auf einen sozialen Aus-

gleich der Belastungen über Zusatzbeiträge haben diejenigen Anspruch, bei denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent ihres sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt.

Sozialausgleich gerecht gestalten

- Die Zusatzbeiträge werden direkt vom Versicherten an seine Krankenkasse in voller Höhe entrichtet. Der Sozialausgleich wird über den Arbeitgeber abgewickelt.
- Der Sozialausgleich soll, so das Bundesgesundheitsministerium, unbürokratisch umgesetzt werden und findet direkt bei den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern statt. Der Arbeitgeber stellt fest, in welchem Maße ein Arbeitnehmer Anspruch auf den Sozialausgleich hat. Er reduziert dessen Arbeitnehmerbeitrag um genau die Höhe. Der Arbeitnehmer bekommt somit den Ausgleich in Form eines reduzierten Krankenversicherungsbeitrages und damit entsprechend höherem Netto-Gehalt gutgeschrieben. Der Arbeitgeber wiederum überweist für diesen Arbeitnehmer einen in gleicher Höhe reduzierten Krankenversicherungsbeitrag an die Krankenkasse, die dieses Geld an den Gesundheitsfonds weiterleitet.
- Die Zusatzbeiträge werden nur bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages im Sozialausgleich berücksichtigt. Damit soll der Wechselimpuls zu günstigeren Kassen und damit der Druck auf die Krankenkassen erhalten bleiben.
- Für das kommende Jahr stellt die Bundesregierung zwei Milliarden Euro für den Sozialausgleich zur Verfügung. Für die Jahre 2012 und 2013 soll kein zusätzliches Geld bereitgestellt werden. Ab 2014 wird von einem Ausgleichsniveau von unter einer Milliarden Euro ausgegangen.

Die aktuellen Reformvorhaben in der Gesundheitspolitik – Eine Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht

Die neue Regierungskoalition in Berlin ist im vergangenen Herbst unter anderem mit der Ankündigung angetreten, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich neu zu regeln. Der gerade erst eingeführte Gesundheitsfonds sollte auf den Prüfstand und gegebenenfalls

sogar wieder abgeschafft werden. Erklärtes Ziel des neuen Gesundheitsministers Philipp Rösler war es dabei, die Finanzierung der GKV in Richtung einer Kopfpauschale zu verändern. Hierdurch sollte die Abkoppelung von den Löhnen und damit eine Begrenzung der sog. Lohnnebenkosten er-

reicht werden, ein von Konservativen und Liberalen immer wieder gern verwendetes Argument. Zur Konkretisierung des angekündigten Reformvorschlages wurde eine Regierungskommission eingerichtet.

Wir alle konnten dann in den vergangenen Monaten das zähe Ringen der Koalitionspartner um den richtigen Weg erleben. Dabei hatte man als außenstehender Betrachter mehr als einmal das Gefühl, dass sich dort eher Gegner als Koalitionspartner gegenüberstanden. Folgerichtig wurde der erste Vorschlag des Gesundheitsministers Anfang Juni dann auch verworfen, noch ehe er offiziell das Licht der Öffentlichkeit erblickt hatte.

Seit Anfang Juli liegen nunmehr die Ergebnisse auf dem Tisch. Und aus gewerkschaftlicher Sicht lässt sich feststellen: Diese Beschlüsse zur zukünftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine Kampfansage an die Bürgerinnen und Bürger.

Zum einen sollen die Beitragssätze wieder auf das Niveau vom Januar 2009 erhöht werden. Als wesentliches Argument hierfür wird angeführt: Die Absenkung der Beiträge zum Januar 2010 war Teil des Konjunkturpaketes zur Belebung der Wirtschaft im Zuge der Finanzkrise. Der gewünschte Effekt sei nun erzielt, die Wirtschaft sei wieder in Schwung gekommen, also könne nun auch der GKV-Beitragssatz wieder steigen.

Zusätzlich sollen die möglichen Zusatzbeiträge in eine Kopfpauschale umgewandelt werden, deren Höhe nicht mehr begrenzt sein soll und die dann für alle Mitglieder einer Kasse – egal wie hoch das individuelle Einkommen ist – gleich sein wird. Abgefedert werden soll sie lediglich durch einen völlig unzureichenden Sozialausgleich, der jedoch nur bei wenigen Versicherten greifen wird, weil dieser erst ab einer Pauschalenhöhe von mehr als zwei Prozent des Einkommens greifen soll und darüber hinaus die durchschnittlich zu erhebende Pauschale über alle Kassen hinweg als Berechnungsgrundlage gelten soll.

Schließlich sollen die Arbeitgeberbeiträge dauerhaft bei 7,3 Prozent eingefroren werden. Damit würden alle zukünftigen Beitragssteigerungen den Versicherten allein angelastet werden.

Diese neuen Vorschläge zur Verteilung der Belastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind aus gewerkschaftlicher Perspektive skandalös

und werden vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften kategorisch abgelehnt. Vorausgeschickt, dass der gefundene Kompromiss alles andere als eine grundsätzliche Reform der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt, kommt die Kopfpauschale jetzt durch die Hintertür der Umwandlung des Zusatzbeitrages. Allein in den drei norddeutschen Bundesländern sind hiervon übrigens 5.323.256 Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen betroffen (1.420.252 in HH, 1.494.861 in MV, 2.408.143 in SH).

Pauschale Zusatzbeiträge und das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge sind kein geeignetes Instrument zur Sicherung einer gerechten, solidarischen und paritätisch aufgestellten Krankenversicherung.

Gegen die unausgewogene und einseitige Belastung der GKV-Versicherten stellen die Gewerkschaften nach wie vor das Konzept der Bürgerversicherung. Zurzeit erarbeitet eine vom DGB eingerichtete Expertenkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ hierzu konkrete Vorschläge für die Umsetzung der aufgeführten Eckpunkte – Gerechtigkeit – Solidarität und Parität. Die Ergebnisse sollen im Herbst vorliegen und dann der Öffentlichkeit präsentiert werden. Parallel dazu haben sich auf Bundesebene und in den einzelnen Ländern breite Bündnisse formiert, die gemeinsam für ein solidarisches Gesundheitswesen, aber auch für mehr soziale Gerechtigkeit aktiv sind.

Klar ist: Die finanziellen Lasten müssen solidarisch getragen werden. Es ist nicht vertretbar, wenn die Arbeitgeber bei der künftigen Finanzierung der GKV nicht paritätisch beteiligt werden.

Der DGB und seine Bündnispartner werden diese weitere übermäßige und einseitige Belastung der Bürgerinnen und Bürger nicht hinnehmen und gemeinsam in den nächsten Wochen und Monaten gegen die Umsetzung der Regierungspläne kämpfen.



Uwe Polkaehn, Vorsitzender DGB Bezirk Nord

Auch 2011: Ärzte erhalten mehr Geld

Am 6. Juli hat Bundesgesundheitsminister Rösler die Eckpunkte der Bundesregierung zur Finanzreform der GKV vorgestellt. Das für 2011 in der gesetzlichen Krankenversicherung erwartete Defizit von rund elf Milliarden Euro sollte von allen Beteiligten „geschultert“ werden. Neben höheren Beiträgen für Versicherte und Arbeitgeber sieht das Paket auch Ausgabenbegrenzungen bei Leistungserbringern und Krankenkassen vor.

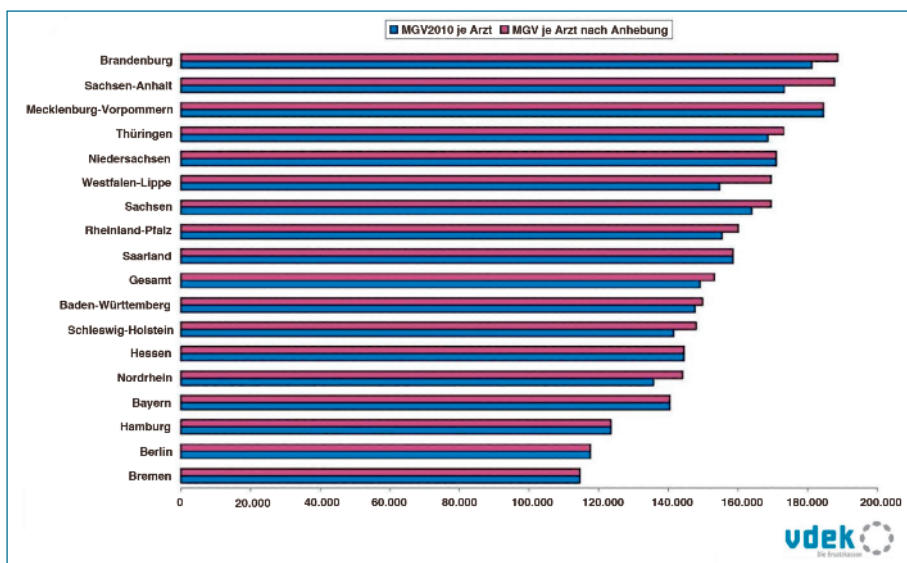
Während die einen zur Kasse gebeten werden und sparen müssen, bleiben die niedergelassenen Ärzte offensichtlich von dem Sparpaket weitgehend verschont. Nach einem Informationsschreiben des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, soll es „bei einem moderaten Zuwachs der Gesamtvergütung bleiben“. Dies sei notwendig, um den Anstieg der Morbidität sowie „die Vergütungsunterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der verschiedenen Länder auszugleichen“, heißt es in dem Papier. Hierzu sind in-

zwischen erste Umsetzungspläne bekannt geworden, die auf millienschwere Zusatzeinnahmen der Ärzte hinauslaufen.

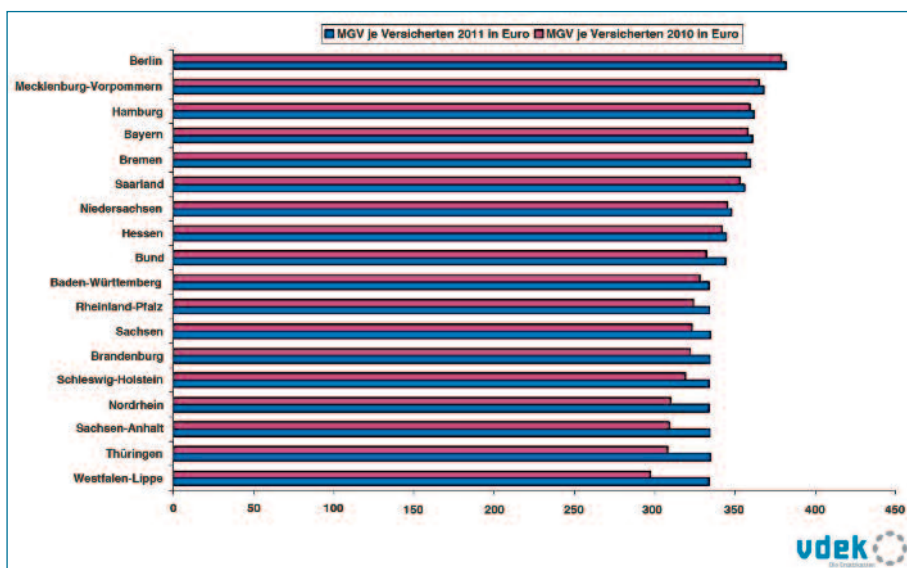
Bereits sicher scheint eine abgesenkte Steigerungsrate von 0,75 Prozent für alle KV-Bezirke zu sein. Des Weiteren sieht die Politik eine zusätzliche Steigerungsrate für bestimmte – „bisher benachteiligte“ – KV-Bezirke als sogenannte asymmetrische Verteilung vor. Das Gesamtvolumen (inkl. extrabudgetäre Gesamtvergütung) wird auf etwa 1,2 Milliarden Euro geschätzt, was der (prognostizierten) Steigerung des Jahres 2010 entspricht.

Von einer asymmetrischen Verteilung der Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), die sich an den Behandlungsbedarfen je Versicherten in den einzelnen Ländern ausrichten soll, wird Schleswig-Holstein profitieren. Nach ersten Berechnungen der Krankenkassen würden durch die geplante Angleichung der Gesamtvergütung in Schleswig-Holstein ca. 35 Millionen Euro Mehrausgaben anfallen. Das entspricht einer Steigerung der Gesamtvergütung um ca. 4,6 Prozent. Rechnet man die abgesenkte Steigerungsrate hinzu, macht das „satte“ 5,4 Prozent aus.

Dies alles ist von den Versicherten mit zu bezahlen, deren Tariflöhne und -gehälter 2009 im Durchschnitt um 2,6 Prozent gestiegen sind.



Auswirkungen der asymmetrischen Verteilung auf die Ärzte



Auswirkungen der asymmetrischen Verteilung auf die MGZ je Versicherten

Quo vadis Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H)

Staatssekretärin Dr. Cordelia Andreßen im vdek-Landesausschuss über die Zukunft des UK S-H

Im Rahmen eines umfangreichen Sparpaketes und der notwendigen Haushaltskonsolidierung wird von der Regierungskoalition in Schleswig-Holstein derzeit u. a. ein Interessenbekundungsverfahren über die Privatisierung des UK S-H geprüft. Bevor sich

die Ersatzkassen in dieser Frage als Kostenträger positionieren, hat deren Landesausschuss die zuständige Staatssekretärin Frau Dr. Cordelia Andreßen, Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr, zu seiner Sitzung im Juni eingeladen, um sich über die Beweggründe der Landesregierung zu informieren.



Staatssekretärin Dr. Cordelia Andreßen, Thomas Wortmann, Landesgeschäftsführer BARMER GEK (Landesgeschäftsstelle Nord)

„Die derzeitige finanzielle Lage des Landes Schleswig-Holstein“, so die Staatssekretärin, „erfordere von allen Ressorts entsprechende Sparmaßnahmen“. „Unbestritten sei“, so Frau Dr. Andreßen, „dass der Umbau und die bauliche Modernisierung des UK S-H unumgänglich sei. Eine Privatisierung stelle eine mögliche Option dar“. Nach Ansicht der Staatssekretärin ließen sich durch eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung, energetische Baumaßnahmen usw. ca. 15 Millionen Euro einsparen.

„Ebenfalls denkbar sei“, so Frau Dr. Andreßen, „eine Privatisierung des UK S-H mit dem Land Schleswig-Holstein als Anteilseigner“.

vdek zur geplanten Privatisierung des UK S-H

Nachdem der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, mit den politischen Entscheidungsträgern hinsichtlich einer möglichen Privatisierung des UK S-H gesprochen hat, hat der vdek der Landesregierung seine Unterstützung bei der endgültigen Entscheidungsfindung zugesagt.

Grundsätzlich unterstützt der vdek eine Privatisierung, lehnt den Verkauf an einen privaten Klinikbetreiber jedoch strikt ab, da er die Privatisierung des UK S-H in Form der Ausgliederung als Landesklinikum in eine private Gesellschaft mit dem Land als Anteilseigner für zielführender hält. Dem UK S-H wäre es als private Gesell-

schaft mit dem Land als Anteilseigner möglich, den entsprechenden Masterplan bzw. die Investitionen mittels privater Kredite selbst zu erwirtschaften und umzusetzen.

Dass ein solches Modell durchaus erfolgreich ist, haben bereits viele kommunale Krankenhäuser, z. B. das Städtische Krankenhaus Kiel und die Fünf-K-Krankenhäuser, bewiesen. Überschüsse bzw. positive Deckungsbeiträge werden in die Weiterentwicklung der Krankenhäuser und der medizinischen Versorgung vor Ort eingesetzt.

Zur Konsolidierung des Landeshaushaltes mag ein Verkauf kurzfristig von Vorteil sein. Langfris-

tig ist ein solcher Schritt, nicht nur aus monetären Gesichtspunkten, mit großen Unwägbarkeiten verbunden. Das derzeitige Investitionsvolumen für das UK S-H beträgt insgesamt ca. 750 Millionen Euro.

Entsprechend vorliegender Informationen umfasst der Anteil für die medizinische Versorgung davon ca. 40 Millionen Euro. Zu bedenken ist, dass ein Verkauf des UK S-H bzw. einzelner Teile oder Standorte in letzter Konsequenz nicht dazu führt, dass der Käufer diese Investitionskosten übernehmen muss. Eine entsprechende vertragliche Zusicherung kann jederzeit zurückgerufen werden. Ein Investitionsver-

zicht eines privaten Klinikbetreibers kann bedeuten, dass der „return of invest“ über die Krankenhausentgelte der Krankenkassen und somit der Krankenkassenbeiträge finanziert wird.

Aus Sicht des vdek kann ein Verkauf des UK S-H an einen privaten Klinikbetreiber durch die Ausweitung der Krankenhausentgelte und eine „aggressive“ Leistungserbringung mit Mehrkosten bzw. fehlender Leistungsabstimmung verbunden sein. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Klinikbetreiber versuchen wird, durch ein entsprechendes konkurrenzes Verhalten zusätzliche Leistungen und Budgets zu erhalten.

Beseitigung von überkommenen Barrieren

Chance für den Paragraphen 116 b SGB V!?

Gemeinsames Ziel aller in der Gesundheitswirtschaft Beteiligten muss es sein, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Nach der entbrannten Diskussion hinsichtlich der Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gilt dies insbesondere für Schleswig-Holstein.

Aus Sicht der Landespolitik ist es wichtig, gemeinsam mit allen Akteuren ein für die Zukunft tragfähiges Konzept zu entwickeln, um damit eine regional hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten und stationären Leistungen zu gewährleisten. Schlagworte wie: „Ärztmangel, Demografischer Wandel und Multimorbidität“ veranlasst Politiker ein mehr an Kooperation und Vernetzung zwischen Disziplinen sowie den Sektoren „Ambulant“ und „Stationär“ zu fordern. Und zwar Kooperationen auf gleicher Augenhöhe, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Aus Sicht des vdek ist die sektorenübergreifende Versorgung – namentlich beim Paragraphen 116 b SGB V – bei deren konsequenter Anwendung ein richtiger Ansatz, überkommene Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben. Eine ergänzende Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei besonders schweren Krankheitsverläufen wäre gegeben.

Seit Ende 2007 ist die gesetzliche Regelung in Kraft, dass Krankenhäuser hochspezialisierte Leis-

tungen auch ambulant behandeln können. Nach Ansicht des vdek ist dies durchaus sinnvoll, sofern die Beteiligten einen ordnenden Rahmen berücksichtigen. Auch wenn die Politik noch zurückhaltend ist, stehen für den vdek durchaus die positiven Merkmale im Vordergrund. Dietmar Katzer, Leiter der Landesvertretung in Schleswig-Holstein: „Die derzeitigen Rahmenbedingungen haben wir uns in Schleswig-Holstein gemeinsam erarbeitet, sodass 21 Krankenhäuser insgesamt 252 ambulante Behandlungen von hochspezialisierten Leistungen durchführen können.“ Diese Häuser können nunmehr den Patienten mit seltenen Erkrankungen wie z. B. onkologischen und schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen, die Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose, Multipler Sklerose, Anfallsleiden sowie die Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden die Behandlung auch ambulant anbieten. Besonders in der geschlossenen Behandlungskette sieht der vdek einen Vorteil für die Versicherten. „Krebsbehandlung kann von dem ersten Anfangsverdacht, über die genaue Diagnostik, die Operation, Nachsorge, Strahlentherapie bis hin zur Psychoonkologie vollständig über das Krankenhaus oder mit dem niedergelassenen Facharzt geleistet werden“, so Katzer.

Auch wenn die sektorenübergreifende Versorgung „Geburtsfehler“ hatte, eine faire und konsequente Chance hat der Paragraph 116 b SGB V verdient.

Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich

Verband der Ersatzkassen bewirbt sich als Präqualifizierungsstelle

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) beabsichtigt, zukünftig auch als Prüfstelle der Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer zur Abgabe von Hilfsmitteln tätig zu sein. Dafür hat der Verband beim GKV-Spitzenverband einen Antrag auf Benennung als Präqualifizierungsstelle gestellt. Werden die personellen und fachlichen Voraussetzungen als gegeben anerkannt, kann die vdek-Präqualifizierungsstelle ihre Arbeit sofort nach der Benennung durch den GKV-Spitzenverband aufnehmen.

In Schleswig-Holstein gibt es derzeit weit über 2.000 Leistungserbringer zur Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln wie Hörgeräte oder Rollstühle. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurden die Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich neu gestaltet. Leistungserbringer, die Hilfsmittel abgeben, können ihre fachliche Eignung zur Versorgung mit Hilfsmitteln zukünftig durch eine Präqualifizierungsstelle überprüfen lassen und erhalten bei Eignung ein entsprechendes Zertifikat. Mit dieser Bescheinigung können die Leistungserbringer in Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen treten bzw. sich an Ausschreibungen für die Versor-

gung mit bestimmten Hilfsmitteln beteiligen. Eine Versorgungsgarantie ist mit der Präqualifizierung allerdings nicht automatisch verbunden.

Bis die ersten Präqualifizierungsstellen benannt sind, wird der vdek die Qualitätsprüfungen für die Ersatzkassen in gewohnter Weise durchführen. Leistungserbringer können ihre Anträge und Änderungsmeldungen wie bisher an die vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein schicken.

Erste Anträge auf Präqualifizierung können nach der Entscheidung über die Benennung durch den GKV-Spitzenverband beim vdek voraussichtlich ab November 2010 gestellt werden. Dazu wird eine eigene Homepage der vdek-Präqualifizierungsstelle eingerichtet, auf der künftig auch über das zu entrichtende Entgelt informiert wird. Erste Informationen zur Präqualifizierung sind über die vdek-Homepage www.vdek.com zu erhalten. Leistungserbringer können sich bei Fragen zum Präqualifizierungsverfahren bereits jetzt an die künftigen Ansprechpartner bei der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Claus Arndt und Gunnar Heinze, unter folgenden Kontaktdaten wenden: Tel. 04 31 / 9 74 41 – 28/22, claus.arndt@vdek.com / gunnar.heinze@vdek.com



Thomas Neldner

PERSONALIEN

Neuer Pressesprecher beim Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, ist seit dem 1. Juni 2010 Thomas Neldner.

Der Diplom-Kaufmann, mit dem Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften, war bislang Vorstandsreferent der Ärztekammer Schleswig-Holstein und u. a. als deren Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für die berufspolitischen Angelegenheiten der Ärzteschaft im Lande zuständig.

Thomas Neldner wird sich beim vdek, als Referatsleiter Grundsatzfragen/Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, den Belangen der in Schleswig-Holstein tätigen und für rund eine Millionen Versicherten zuständigen Ersatzkassen annehmen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Schleswig-Holstein des vdek

Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel

Telefon: 04 31 / 9 74 41-16 · Telefax: 04 31 / 9 74 41-23

E-Mail: Thomas.Neldner@vdek.com

Verantwortlich: Dietmar Katzer · Redaktion: Thomas Neldner