

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE NOTFALLVERSORGUNG wird neu aufgesetzt | GRUNDLAGEN FÜR FAIREN WETTBEWERB innerhalb der GKV wurden geschaffen | PRÄVENTION Gesundheitsprojekt „gemeinsam täglich gesund“ geht in die Verlängerung

BRANDENBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN · APRIL 2020

MELDUNG

Rettungsschirm wegen Corona

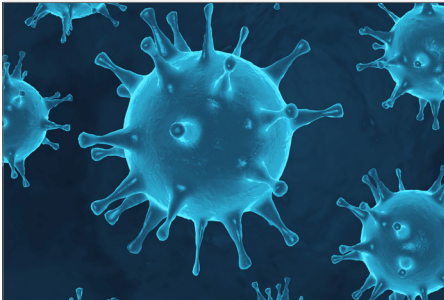


FOTO: Ahmet Aglamaz - stock.adobe.com

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt ausdrücklich, dass der Deutsche Bundestag ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Bewältigung der medizinischen und finanziellen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise im Eiltempo beschlossen hat. Damit verbunden ist auch die Verabschiedung eines Nachtrags Haushalts in Milliardenhöhe. Das ist ein Beschluss von historischer Bedeutung. Der Staat zeigt Handlungsfähigkeit in einer außergewöhnlichen Situation. Die Ersatzkassen unterstützen das sehr.

Insbesondere das Krankenhausentlastungsgesetz spannt einen Rettungsschirm über niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen. Um die finanziellen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie abzufedern, sind umfangreiche Sonderregelungen vorgesehen.

REFERENTENENTWURF

Die neue Welt der Notfallversorgung

Anfang des Jahres wurde ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht, mit dem die Notfallversorgung neu aufgesetzt werden soll. Digital unterstützt, mit neuen Zentren und dem Rettungsdienst als eigenständige Leistung.

Insgesamt verlangt der Referentenentwurf von allen Beteiligten, dass sie miteinander kooperieren und die Prozesse aufeinander abstimmen. Ausgangspunkt ist ein Gemeinsames Notfallsystem (GNL), bei dem die Nummern 112 und 116117 zusammengeführt werden sollen. Das Neue: Rettungsleitstelle trifft auf ärztlichen Bereitschaftsdienst und somit zwei Welten aufeinander. Laut Grundgesetz ist die Sicherheit der Bevölkerung Ländersache, worunter auch die 112 fällt. Wie dieser Umstand mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst harmonisiert werden kann, ist offen, auch wenn es aus rein technischer Sicht mutmaßlich machbar wäre.

Meldet sich ein Patient telefonisch, sollen seine Beschwerden anhand einer standardisierten Ersteinschätzung eingeordnet werden: Direkt mit dem Notarzt ins Krankenhaus, der Gang zum ambulant tätigen Arzt reicht aus bis hin zum Abwarten, weil eine medizinische Versorgung nicht angezeigt ist. Kommt die Ersteinschätzung zu dem Ergebnis, dass der Patient versorgt werden muss, werden die weiteren Schritte über das GNL

eingeleitet und die medizinisch relevanten Informationen direkt weitergegeben.

Rettungsdienst eigenständige Leistung

Als weiteren Reformpunkt sieht der Entwurf vor, die medizinische Notfallversorgung durch Rettungsdienste als eigenständige GKV-Leistung zu regeln. Sollte eine Fahrt im Rettungswagen, Notarztwagen oder Hubschrauber nicht notwendig sein, können Krankentransporte und Krankenfahrten ebenfalls durch das GNL disponiert werden und bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkassen. Nicht notwendige Rettungsfahrten in Krankenhäuser könnten so vermieden werden. Ferner sollen die Kassen mit Rettungsdiensten gemeinsame und einheitliche Verträge auf Landesebene vereinbaren.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Patienten, die von selbst ein Krankenhaus aufsuchen, sollen zunächst bei einem dort integrierten INZ ankommen, das rund um die Uhr geöffnet sein soll. In den INZ wird entschieden, ob die Patienten im



KOMMENTAR

Patientensteuerung an die richtige Stelle



von
MARINA RUDOLPH
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Die aktuelle Corona-Krise führt vor Augen, wie wichtig bedarfsgerecht aufgestellte Strukturen, Prozesse und Patientensteuerungen sind. Diese Krise wird irgendwann überwunden sein und es nicht auszuschließen, dass mit dem normalen Alltag wahrscheinlich die alten Muster und Gewohnheiten wieder zurückkehren. Mit Blick auf die Notfallversorgung ist es kein Geheimnis, dass viele Patienten, die von sich aus die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen, auch ambulant behandelt werden könnten. Die Gründe, warum diese Patienten ins Krankenhaus gehen, sind vielfältig: Sie schätzen ihre Beschwerden subjektiv falsch ein, sie haben das Gefühl, dass sie bei Fachärzten nicht schnell genug einen Termin bekommen, sie wissen nicht, wohin sie sich außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen wenden sollen oder sie sind schlicht zu bequem. Das Reformpapier aus dem BMG nimmt die Realitäten auf und holt die Patienten dort ab, wo sie sind, sei es am Telefon oder im Krankenhaus. Dort, wo sich die Patienten befinden, muss auch die Steuerung an die richtige Stelle erfolgen. Ob alle vorgestellten Reformvorschläge hierzu richtig und gut sind oder sie in den Details der sektoralen Interessen drohen zerrieben zu werden, sei dahin gestellt. Im Ansatz stimmt die Richtung und es besteht die Chance, dass die Patienten, Krankenhäuser und Arztpraxen davon profitieren.



Krankenhaus bleiben müssen oder eine ambulante Behandlung ausreichend ist.

Die INZ sollen in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern errichtet und betrieben, aber von den Kassenärztlichen Vereinigungen geleitet werden. An dieser Stelle hat die Krankenhausseite Verbesserungsbedarf angemeldet und es wird hier besonders deutlich, wie schwer sich die Beteiligten tun, die Sektorengrenzen zu überwinden.

Bei der Frage, an welchen Krankenhäusern INZ eingerichtet werden, spricht der Referentenentwurf davon, dass die erweiterten Landesausschüsse, in denen Kassen, Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Landeskrankenhausgesellschaft vertreten sind, darüber entscheiden sollen. Die Planungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind dabei zu beachten. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung kommt, auch im Notfall, den KVen zu. Insofern wird ihr Sicherstellungsauftrag an dieser Stelle tangiert. Ob und wie vehement die KVen dagegen vorgehen, bleibt abzuwarten.

Ambulante Notfallvergütung im Krankenhaus

Laut Referentenentwurf ist eine neue Vergütungsstruktur bei der Notfallversorgung vorgesehen. Vergütungsstrukturen zu

ändern, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben und es wird das Know-how aller Beteiligten fordern. Geplant sind eine Grundpauschale und eine nach Schweregrad differenzierte Pauschale für die Inanspruchnahme. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Im Gegenzug ist eine Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung geplant. Wird ein Patient in einem Krankenhaus ohne INZ ambulant notdienstlich behandelt, erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von 50 Prozent. Bei der Finanzierung der Investitionskosten verweist der Entwurf auf die Mittel des Krankenhausstrukturfonds.

Status: Praxen an Krankenhäusern

In Berlin und Brandenburg wurden, angestoßen durch die KVen, in den letzten Jahren Praxen an Krankenhäusern eingerichtet. Diese Praxen haben zum Ziel, die Krankenhäuser zu entlasten und sich um die ambulanten Fälle zu kümmern, die keine echten Notfälle sind. Der Grundgedanke der INZ wird damit bereits umgesetzt. In Berlin gibt es bisher vier sog. Notdienstpraxen für Kinder und Jugendliche und weitere fünf Notdienstpraxen für Erwachsene. Im Flächenland Brandenburg sind aktuell an 13 Krankenhäusern sog. ärztliche Bereitschaftspraxen angesiedelt. ■



IMP FEN

Seit 1. März ist die Masernimpfung Pflicht



FOTO: pix4u - stock.adobe.com

Seit dem 1. März gilt deutschlandweit die Masernimpfpflicht. Für Kinder, die Kindertagesstätten, Schulen oder eine Kindertagespflege besuchen, muss ein Impfschutz durch den gelben Impfausweis nachgewiesen werden. Das gilt für alle Kinder, die neu in die Kindertagesstätte kommen. Für alle anderen gilt eine Übergangsfrist bis 2021. Bei Verstößen können Kinder von dem Besuch einer Kindertagesstätte ausgeschlossen werden. Zudem kann ein Bußgeld in Höhe von bis zu 2.500 Euro erlassen werden. Die Geldbuße kann auch gegen die Leitungen von Kindertagesstätten verhängt werden, wenn nicht geimpfte Kinder aufgenommen werden.

Die Impfpflicht gilt auch für das Personal in Kindertagesstätten und Schulen, für Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen sowie für Bewohner und Mitarbeiter in Unterkünften für Asylbewerber.

In Deutschland wurden nach Angaben des Robert Koch-Instituts von Januar bis Ende November 2019 501 Masern-Fälle gezählt. Um eine Weiterverbreitung der Masern zu verhindern, ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Impfquote von mindestens 95 Prozent mit der zweiten Masernimmunisierung erforderlich. Im bundesweiten Vergleich liegt Brandenburg mit einer Impfquote von 95,5 Prozent aller Schulanfänger ganz vorn und erfüllt damit die Zielvorgabe. Neben Brandenburg erreicht bisher nur noch Mecklenburg-Vorpommern die 95 Prozent-Marke.

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. Sie bringen häufig Komplikationen und Folgeerkrankungen mit sich. Dazu gehört im schlimmsten Fall eine tödlich verlaufende Gehirnentzündung. Eine Masern-Infektion ist damit, anders als vielfach angenommen, keine „harmlose Kinderkrankheit“. Das Gesetz zielt darauf ab, die Schwächsten zu schützen. Bei einer Impfpflicht geht es um die Freiheit des Einzelnen, es geht aber auch um die Verantwortung des Einzelnen und die Frage, ob er andere gefährdet.

JUBILÄUM

10 Jahre Pflegestützpunkte in Brandenburg

Die Pflegestützpunkte in Brandenburg begehen in diesem Jahr ihr 10-jähriges Bestehen. Die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg möchte das Jubiläum zum Anlass nehmen, die Arbeit der vergangenen zehn Jahre zu würdigen und besonders den Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten ihren Dank auszusprechen.

Die Pflegestützpunkte sind erste Anlaufstelle, falls in der Familie ein Pflegefall eintritt. Pflegebedürftige und betroffene Angehörige können sich in der Nähe des Wohnorts zeitnah umfassend informieren und sich so mit der neuen Herausforderung im Alltag auseinandersetzen. Die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte beraten kostenfrei, welche pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen in Anspruch genommen werden können. Die Beratungen erfolgen im Pflegestützpunkt oder bei Bedarf auch als Hausbesuch vor Ort in der Wohnung des Ratsuchenden.

Seit 2010 gibt es in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens einen Pflegestützpunkt. Über das Land Brandenburg verteilt sind es 19 Pflegestützpunkte und weitere 23 Außenstellen. Finanziert werden die Pflegestützpunkte von ihren Trägern, den Kranken- und Pflegekassen sowie den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist zu erwarten, dass der Beratungsbedarf weiter zunehmen wird. Die Landesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag festgehalten, dass jährlich zwei Millionen Euro für den weiteren Ausbau der Stützpunkte bereitgestellt werden sollen.

PFLEGEBERUFEREFORMGESETZ

Umlage Auszubildende

Die neue Ausbildung als Pflegefachmann/-frau in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege wird seit 1.4.2020 im Bereich der Pflege solidarisch über eine Ausbildungsumlage finanziert. Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen können hierfür einen Antrag für einen Vergütungszuschlag bei den Verbänden der Pflegekassen stellen. Die Bearbeitung der Anträge für Berlin und Brandenburg wurde unter den Verbänden der Pflegekassen aufgeteilt. Die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg bearbeitet für Einrichtungen im Land Brandenburg 59 Prozent dieser Anträge federführend.

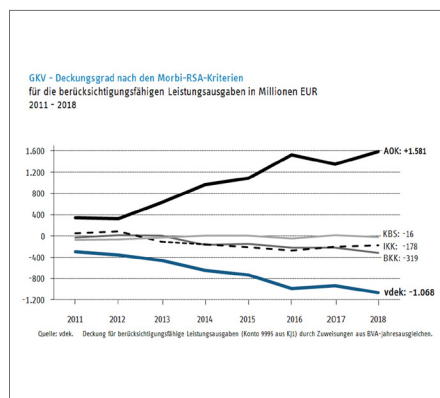
Grundlagen für fairen Wettbewerb zwischen den Kassen wurden geschaffen

Am 13.2.2020 wurde im Bundestag das Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV (GKV-FKG) verabschiedet, mit dem der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich gestärkt wird.

Nach zähem Ringen wurde ein ausgewogenes Gesamtpaket verabschiedet. Der vdek begrüßt insbesondere, dass das Parlament die im Gesetz vorgesehene Reform des Finanzausgleichs der Kassen, den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), als Gesamtpaket beschlossen hat. Die von den Ersatzkassen seit langem kritisierten massiven Verwerfungen zwischen den Kassenarten im Wettbewerb sollen sich nun durch das Zusammenwirken aller Reformelemente verringern. Damit wird erreicht, dass die Beitragsgelder endlich wieder dorthin fließen, wo sie für die Versorgung der Versicherten benötigt werden.

Finanzausgleich innerhalb der GKV gelungen

Jahrelang haben die Ersatzkassen durch Fehlsteuerungen des bisherigen Morbi-RSA deutlich weniger aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Die Schere zwischen den Über- und Unterdeckungen klaffte infolgedessen immer weiter auseinander. So fehlen den Ersatzkassen über 1 Milliarde Euro, den Betriebskrankenkassen 319 Millionen Euro und den Innungskassen 178 Millionen Euro für die Versorgung ihrer Versicherten. Dagegen waren die Allgemeinen Ortskrankenkassen seit Jahren überdeckt, zuletzt mit mehr als eineinhalb Milliarden Euro pro Jahr (Zahlen aus dem



GKV DECKUNGSGRAD nach den Morbi-RSA Kriterien

RSA-Schlussausgleich 2018). Diese Differenz zwischen Über- und Unterdeckungen soll durch das jetzt beschlossene Gesetz wieder ausgeglichen werden.

Kompetenzen der Sozialen Selbstverwaltung bleiben erhalten

Ebenfalls zu begrüßen ist aus Sicht der Ersatzkassen, dass die Kompetenzen der Sozialen Selbstverwaltung nun doch nicht durch den neuen, aus hauptamtlichen Vorständen der Krankenkassen bestehenden Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) beim GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eingeschränkt werden. Dies ist das erfreuliche Ergebnis einer intensiv geführten öffentlichen Debatte. Die jetzt vorgenommene Präzisierung stellt klar, dass Entscheidungen, die der Verwaltungsrat im Rahmen seiner Zuständigkeit getroffen hat, nicht über den LKA ausgehebelt werden dürfen. ■

Organspende in Brandenburg deutlich eingebrochen



FOTO: Alexander Raiths - stock.adobe.com

Die Zahl der Organspender hat sich in Brandenburg im vergangenen Jahr fast halbiert. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wurden 2019 in Brandenburg von 20 Spendern 53 Organe entnommen. 2018 standen dem noch 37 Spender und 123 gespendete Organe gegenüber. Dabei sind Lebendspenden laut DSO nicht eingerechnet. Insgesamt gibt es in Deutschland viel zu wenig Spenderorgane für schwerkranke Patienten. Tendenz sinkend.

Die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gestartete Initiative, eine Widerspruchsregelung in Deutschland zu etablieren, wonach jeder als Spender gelten soll – außer man widerspricht, ist im Januar vom Deutschen Bundestag abgelehnt worden. Durchgesetzt hat sich dahingegen, dass die Deutschen künftig bei der Abholung eines neuen Personalausweises auf das Thema hingewiesen werden. Auch Hausärzte sollen bei Bedarf alle zwei Jahre über Organspenden informieren. Derzeit stehen laut DSO bundesweit rund 9.400 Patienten auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Oftmals vergehen Jahre, ehe ein Spenderorgan gefunden wird. Jeder Zehnte wartet am Ende vergeblich. Die Zahlen machen deutlich, wie wichtig es ist, dass weitere Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen.

AUS DEN LÄNDERN

Wirtschaftlichkeitsprüfung: Systemwechsel in Berlin

Während in Brandenburg die Wirtschaftlichkeitsprüfung über Richtwerte erfolgt, musste in Berlin nach jahrelanger Diskussion um die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung am Ende das Schiedsamt angerufen werden. Es traf eine grundlegende Entscheidung zugunsten von Durchschnittswerten und Zielquoten.

Die Prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung bei Arznei- und Heilmitteln wird mit Beginn 2020 in Berlin neu geregelt. Das bedeutet: Weg von der bisherigen Richtgrößenprüfung, hin zu einer Prüfung nach Durchschnittswerten. Dies sorgt für Irritationen in der Ärzteschaft und es steht insbesondere die Befürchtung im Raum, dass die Ärzte mit der neuen Prüfmethode schneller in den Regress geraten als zuvor. Davon ist nicht auszugehen.

Durchschnittswert der Fachgruppe

Grundlage der neuen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der Durchschnitt der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe. Es handelt sich dabei um die tatsächlichen Verordnungskosten einer Fachgruppe und nicht wie bisher um fiktive Werte, die errechnet wurden. Hinzu kommt, dass eine Prüfung erst dann ausgelöst wird, wenn die Verordnungen einer Praxis 40 Prozent über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen. Bei einer Überschreitung zwischen 20 und 30 Prozent wird eine unwirtschaftliche Verordnungsweise vermutet, jedoch muss diese Vermutung durch die Prüfungsgremien belegt werden. Bei der alten Richtgrößen-Regelung wurde eine Prüfung bereits ab 15 bzw. 25 Prozent über dem Schnitt ausgelöst. Der Nachteil der neuen Durchschnittswerte-Prüfung besteht darin, dass die Werte zwangsläufig erst am Ende eines Jahres endgültig feststehen. Die KV Berlin hat bereits angekündigt, die Verordnungsdaten in jedem Quartal auszuwerten und ihren Mitgliedern zur Orientierung an die Hand zu geben. Diese Orientierung bewahrt vor Überraschungen.

BRANDENBURG: SEIT 2019 PRÜFUNG ÜBER RICHTWERTE

In Brandenburg erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung seit April 2019 über Richtwerte, anstelle der bis dahin geltenden Richtgrößen. An der zuvor bestehenden Grundsystematik wurde allerdings in weiten Teilen festgehalten. Die Strukturen und Prozesse sind etabliert und sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch der KV Brandenburg werden die Richtwerte als ein zielführendes Mittel angesehen. Generelle Überlegungen, einen weitreichenden Systemwechsel wie in Berlin vorzunehmen, gibt es nicht.



Zielquoten

Mit den Durchschnittswerten wurden Zielquoten mit Höchst- und Mindestquoten für vorab festgelegte Arzneimittelgruppen eingeführt. Erreicht ein Arzt diese Zielquoten, werden diese Kosten aus seinem Verordnungsvolumen abgezogen und die Gefahr einer Regressprüfung sinkt insgesamt weiter ab. Die KV Berlin informiert ihre Mitglieder über die einschlägigen Arzneimittelgruppen und deren jeweilige Quoten.

Praxisbesonderheiten

Die neue Prüfung berücksichtigt eine Reihe von Praxisbesonderheiten. Neben gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Besonderheiten kennt die neue Regelung auch individuelle Besonderheiten. Kann die Praxis den Nachweis erbringen, dass sich ihre Patientenstruktur von der Vergleichsgruppe unterscheidet und sie deshalb einen höheren Behandlungsaufwand mit höheren Verordnungskosten hat, wird das berücksichtigt.

Neues System

Mit der Entscheidung des Schiedsamts wurde ein Systemwechsel in Berlin vollzogen. Derzeit fehlen noch handfeste Erfahrungen, allerdings sind die Beteiligten auf Seiten der Krankenkassen und der KV darauf bedacht, schnell auf eventuelle Fehlentwicklungen zu reagieren und gegebenenfalls Korrekturen vorzunehmen. ■

Durch mehr Routine zu besserer Behandlungsqualität

Krankenhäuser müssen bei hochkomplexen Operationen eine bestimmte Menge an Fallzahlen nachweisen. Geschieht dies nicht, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlungskosten nicht. Zugrunde liegt der Anspruch, eine möglichst hochwertige Behandlungsqualität zu gewährleisten.

Hintergrund ist die alte Weisheit, dass Qualität auch mit der Menge korrespondiert und Leistungen, die öfter erbracht werden, sich durch eine höhere Qualität auszeichnen.

Für jede einzelne Mindestmengenregelung zieht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einschlägige wissenschaftliche Studienergebnisse heran, die belegen, ab welcher Behandlungsmenge davon ausgegangen werden kann, dass die Behandlungsqualität hinreichend gut ist.

Diese Mindestmengenrichtlinie wurde vom G-BA ausgeweitet und es wurde ein Katalog von weiteren planbaren Krankenhausleistungen festgelegt (siehe Kasten).

Prognose

Die Krankenhausträger übermitteln den Krankenkassen vorab eine Prognose, in der sie darlegen, dass sie die Mindestmengen im folgenden Kalenderjahr erreichen werden. Dies erfolgt anhand von Leistungsnachweisen aus den Vorjahren. Werden die Prognosen widerlegt, besteht kein Vergütungsanspruch. Laut G-BA ist eine ausnahmsweise Leistungserbringung mit entsprechendem Vergütungsanspruch nur dann möglich, wenn ein Krankenhaus eine Leistung erstmalig oder erneut (nach einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten) erbringen möchte.

Zur Erläuterung: Bei den Mindestmengen geht es nicht nur um den Operateur an sich, sondern auch darum, dass für das gesamte OP-Team vor Ort die geforderte OP-Häufigkeit und Routine vorhanden sind.

MINDESTMENGENREGELUNG

Der G-BA benennt planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und / oder Standort eines Krankenhauses fest.

Zu folgenden acht Leistungen hat der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt:

- Lebertransplantation (inkl. Teil-leber-Lebendspende) (20)
- Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) (25)
- komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) (10)
- komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) (10)
- Stammzelltransplantation (25)
- Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) (50)
- koronarchirurgische Eingriffe (derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge)
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm (14)

Link: www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/

Marina Rudolph neue Leiterin des vdek-Berlin/Brandenburg

Seit Februar 2020 leitet Marina Rudolph die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg.

Rudolph verfügt über eine mittlerweile 28-jährige Berufserfahrung im gesetzlichen Krankenversicherungssystem, wobei ihr

Schwerpunkt bisher insbesondere in der Pflegeversicherung lag. Die studierte Wirtschaftswissenschaftlerin begann 1992



FOTO vdek/Anke Illing

MARINA RUDOLPH

re als Referentin bei der seinerzeit noch eigenständigen Landesvertretung Berlin. 2001 wurde sie Referatsleiterin für den Bereich Pflege. Ab 2007 übernahm sie zusätzlich die stellvertretende Leitung der Berliner Landesvertretung. Mit der Zusammenlegung der Landesvertretungen Berlin und Brandenburg 2009 behielt sie beide Positionen.

„Als Leiterin werde ich mich auch weiterhin für die Interessen und Ziele der Ersatzkassen einsetzen. In Zeiten der Corona-Pandemie stehen wir auch eng an der Seite aller Leistungserbringer, die die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen sicherstellen. Dies mit zu unterstützen, ist mir ein wichtiges Anliegen und ebenso denjenigen zu danken, die sich unter Krisenbedingungen um Patienten und Pflegebedürftige kümmern“, sagte Rudolph.

DIGITALISIERUNG

Neue Angebote durch das Digitalisierungsgesetz

Im Januar ist das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in Kraft getreten. Für die Versicherten eröffnen sich dadurch eine Reihe von neuen digitalen Möglichkeiten und Angeboten im Gesundheitswesen.



FOTO: AnuSus - stock.adobe.com

Künftig werden telemedizinische Angebote wie beispielsweise Videosprechstunden leichter nutzbar sowie Rezepte und Medikationspläne elektronisch verfügbar sein. Digitale Gesundheitsanwendungen in Form von Apps werden in die Regelversorgung aufgenommen, d. h. wie Arzneimittel vom Arzt auf Kassenkosten verschrieben werden. Versicherte haben überdies ab Januar 2021 einen Anspruch darauf, ihre Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte (ePA) speichern zu lassen.

Die Kosten für Gesundheits-Apps, die Patienten etwa daran erinnern, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen, werden zunächst für ein Jahr von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Kritisch sehen die Ersatzkassen laut ihrem Positionspapier, dass die Zulassungsentscheidung nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt. Vielmehr sieht das Gesetz vor, dass die Hersteller gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel

und Medizinprodukte (BfArM) nachweisen müssen, dass das Angebot einen medizinischen Nutzen besitzt und die Gesundheitsversorgung für die Patienten relevant verbessert. Ist diese Hürde genommen, können die Hersteller ab dem zweiten Jahr mit dem GKV-Spitzenverband den Preis aushandeln.

Positiv zu sehen ist, dass durch den weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) die Behandlungselemente besser aufeinander abgestimmt werden können. Insbesondere der Anschluss weiterer Leistungserbringer, wie Krankenhäuser und Apotheken, an die TI erweitern die Möglichkeiten des schnellen und zuverlässigen Informationsaustausches, so dass etwa Medikationspläne leichter aktualisiert werden können. Positiv ist auch, dass die GKV nun die Möglichkeit erhält, ihren Versicherten auf deren Wunsch neue, digitale Angebote zu unterbreiten.

Das Positionspapier des vdek zur Digitalisierung finden Sie unter www.vdek.com/politik/positionen/wahlperiode_19. ■

PRÄVENTION

Projekt „Gemeinsam täglich gesund“ geht in die Verlängerung



FOTO: dip - stock.adobe.com

Das Gesundheitsprojekt an der Regine-Hildebrandt-Schule in Erkner war ein voller Erfolg und geht deshalb in die Verlängerung. Die Einrichtung, in der Schüler der zweiten Klasse mit dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ eine gesunde Ernährung entdecken durften, wurde von den Ersatzkassen im Jahr 2019 finanziell unterstützt. Das Projekt wird über die zunächst geplante Laufzeit hinaus bis zum 26.6.2020 verlängert und soll als Modellprojekt für andere Schulen dienen.

In dem Projekt geht es wortwörtlich um das „Begreifen“ und „Erfahren“ von gesunder Ernährung. Die Kinder lernen, was ein gutes und gesundes Frühstück ausmacht. Gleichzeitig probieren die Kinder verschiedene Frühstücksmöglichkeiten und -varianten aus und erfahren über diesen Weg ebenso unmittelbar wie ungezwungen, was „gesund“ bedeutet. In der Vermittlung der Inhalte wird die Schule durch eine Ernährungsexpertin unterstützt. Die Eltern nehmen bei diesem Projekt ebenfalls eine wichtige Rolle ein. Sie werden in die Schulungen eingebunden und nach Abschluss des Projekts wird ihnen ein Handbuch zur Verfügung gestellt, um das Erlernte zu Hause fortzuführen.

BÜCHER

Market Access im Gesundheitswesen

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung erlebt gegenwärtig eine noch nie da gewesene Entwicklungsdynamik. Der demografische Wandel und die fortschreitende Digitalisierung sind nur zwei strukturverändernde Mainstreams. Im Buch wird der Blick auf die verschiedenen Versorgungsbereiche und die jeweiligen Zugangsstrukturen gelegt. Kapitel sieben, das von Rebecca Zeljar, stellvertretende Leiterin und Referatsleiterin Ambulante Versorgung der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg verfasst wurde, untersucht die Palliativversorgung.



Pfannstiel, Jaekel, Da-Cruz
Market Access im Gesundheitswesen – Hürden und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung 2020, 385 Seiten, 49,99 EUR, Springer Gabler Verlag

PERSONALIE

Neue Referatsleiterin

Anja Zimniok ist neue Referatsleiterin Stationäre Versorgung der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. Die diplomierte Wirtschaftsjuristin verfügt über eine 15-jährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen. Seit 2009 arbeitet Zimniok beim vdek und ist



ANJA ZIMNIOK

mit den Themen Krankenhausplanung, -finanzierung und Qualitätssicherung bestens vertraut. Berufliche Stationen davor waren beim kommunalen Sozialverband Sachsen und der Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern.

GESUNDHEITSVERSORGUNG

vdek-Zukunftspreis 2020

Der vdek lässt bei seinem diesjährigen Zukunftspreis der Phantasie der Bewerber freien Lauf. Unter dem Motto „Zukunftswerkstatt Gesundheitswesen“ werden gute Ideen, Denkanstöße, Projekte und Konzepte für eine zukunftsfähige und praxisnahe Gesundheitsversorgung gesucht. Willkommen sind alle Ansätze, die die Versorgung verbessern, insbesondere mit dem Blick auf eine älter werdende Gesellschaft. Für die besten Einreichungen ist ein Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro ausgelobt. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 15.9.2020. Bewerbungen bitte senden an:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Abteilung Ambulante Versorgung
Stichwort „vdek-Zukunftspreis 2020“
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
oder in Dateiform an
zukunftspreis@vdek.com

MELDUNG

Neue Krankenhausentgelte für 2020

Die Krankenkassenverbände und die Brandenburger Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen neuen Landesbasisfallwert in Höhe von 3.662,36 Euro geeinigt. Der neue Wert gilt ab Januar 2020. Die Brandenburger Krankenhäuser erhalten dadurch eine finanzielle Planungssicherheit bei der Versorgung der Patienten. Der Landesbasisfallwert ist die Abrechnungsgrundlage für stationäre Krankenhausleistungen und wird jeweils mit einer Kennzahl für den Schweregrad der Behandlung multipliziert.

NEUE LEISTUNGEN

Kassen bieten neue Leistungen für Kleinkinder bei Karies



FOTO: RioPatuca Images – stock.adobe.com

Die Krankenkassen haben ihre Leistungen zur Kariesvorsorge bei Kleinkindern erweitert. Nun haben auch Kinder ab dem 6. bis zum 33. Lebensmonat einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen und Behandlungen zur Zahnschmelzhärtung. Ziel ist es, Zahn-, Kiefer- und Mundhöhlenerkrankungen sowie frühen Kariesschäden an den Milchzähnen vorzubeugen. Noch immer erkranken etwa 15 Prozent der unter Dreijährigen an Karies. Hauptursache dafür sind das übermäßige Trinken von zuckerhaltigen Getränken aus der Saugflasche und mangelnde Mundhygiene. Die Ersatzkassen erwarten, dass die neuen Leistungen dazu beitragen, die frühkindliche Kariesrate erheblich zu senken.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung
Berlin / Brandenburg des vdek
Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin
www.vdek.com
Telefon 0 30 / 25 37 74-0
E-Mail LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com
Redaktion Ulrike Geitz, Anne Kolbe und Robert Deg
Verantwortlich Marina Rudolph
Druck Kern GmbH, Bexbach
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik Schön und Middelhaufe GbR
ISSN-Nummer 2193-2190