

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KRANKENHÄUSER Interview zur Qualitätssicherung | **HOCHSCHULAMBULANZEN** Freie Hand für Aufbau von Personalkapazitäten | **PFLEGEHEIME** Wenige Einrichtungen werben mit Arztkooperationen

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2015

ALTENPFLEGE

Sachsen zahlt Zuschuss zur Ausbildung



FOTO: druhig-photo - Fotolia.com

GUTE PFLEGE soll auch künftig sichergestellt sein

Das sächsische Kabinett hat eine Richtlinie verabschiedet, auf deren Grundlage Altenpflegeschüler einen finanziellen Zuschuss für ihre Ausbildung erhalten. Bis zu monatlich 85 Euro werden erstattet. Die Regelung gilt ab Beginn des neuen Ausbildungsjahres. „Dass sich das Land beim Schulgeld endlich finanziell engagiert, ist gut,“ sagt die Leiterin der vdek-Landesvertretung Silke Heinke. „Doch das Maß des Engagements enttäuscht.“ Der Koalitionsvertrag habe postuliert, das Schulgeld abzuschaftern. Mit der Richtlinie werde dieses Ziel verfehlt. Altenpflegeschüler müssten in Vorkasse gehen und erhielten erst im Nachhinein das Geld zurück. Erhebe eine Schule einen höheren Betrag, müssten die Schüler den Rest beisteuern. Heinke: „Bei allen Zwängen, die anscheinend nur diesen Weg ließen – andere Länder stehen besser da.“

INNOVATIONSFONDS

Qualität und Nutzen als oberstes Ziel

Jährlich 300 Millionen Euro sollen die Krankenkassen von 2016 bis 2019 für einen Innovationsfonds bereitstellen. Um dieses Geld optimal einzusetzen, werden geeignete Förderkriterien gebraucht. Ein IGES-Gutachten bringt Vorschläge.

Sie heißen Strukturverträge, Integrierte Versorgungsverträge und Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Diese Verträge sind Selektivverträge, sie werden von einzelnen Krankenkassen abgeschlossen. Seit den 1990er Jahren wurden Selektivverträge durch gesetzliche Regelungen eingeführt. Sie sollten die kollektivvertragliche Versorgung im ambulanten Bereich ergänzen und den Wettbewerb um eine bessere Versorgung voranbringen. Qualitätsmängel, Koordinationsprobleme und Kostensteigerungen sollten eingedämmt und die Effizienz und die Qualität der Behandlungen verbessert werden. Bis 2014 schlossen allein die Ersatzkassen über 900 Verträge dieser Art.

Hinter Erwartungen geblieben

Die Entwicklung neuer Versorgungsformen bleibt allerdings hinter den Erwartungen zurück. Für Innovationen gaben im letzten Jahr die gesetzlichen Krankenkassen rund 1,7 Milliarden Euro aus, das entspricht 0,9 Prozent der Gesamtausgaben.

Ein Großteil der Innovationen schaffte es nicht in die Regelversorgung.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll sich das ändern. Das im Juli in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht einen Innovationsfonds vor. Mit Hilfe des Fonds sollen innovative Vorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung gefördert werden, um sie dauerhaft in die Regelversorgung aufzunehmen. Daneben ist vorgesehen, die Versorgungsforschung zu fördern. Von 2016 bis 2019 sollen jährlich 225 Millionen Euro für Innovationen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung durch die gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden.

Dreh- und Angelpunkt ist ein Innovationsausschuss, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtet wird. Der Ausschuss legt Förderkriterien fest und entscheidet über Förderanträge. Während das Gesetz Eckpunkte der Förderung formuliert, hat der Innovationsausschuss die Kärnerarbeit bei der Formulierung der Förderkriterien zu leisten. Er muss aus den Fehlern der Vergangenheit lernen. Ein im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) vom IGES-Institut erstelltes



Große Erwartungen an Innovationsfonds



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

FOTO: vdek

Endlich kommt wieder Bewegung in das Vertragsgeschäft. Neue innovative Versorgungsverträge stehen in Aussicht. Ein Innovationsfonds soll ihnen den Weg bereiten. Gesetzliche Änderungen mit ähnlichem Ziel hatte es schon in der Vergangenheit gegeben. Die blieben nicht ohne Resonanz. Gut in Erinnerung ist der regelrechte Hype um Selektivverträge vor etwa zehn Jahren. Dann wurde es ruhiger.

Wird der Innovationsfonds die Bremse lösen? Die Erwartungen an den Fonds sind groß. Auch wenn manche falsche Anreize und Hemmnisse, die Selektivverträge und deren Übergang in die Regelversorgung ausbremsen, weiterhin bestehen. Der Innovationsfonds ist eine gute Vorlage des Gesetzgebers. Es kommt jetzt entscheidend auf die Ausgestaltung und die Umsetzung an.

Mit dem Fonds fließt neues Geld in die Versorgung. Jährlich 300 Millionen Euro sind vorgesehen. Das ist eine stolze Summe. Vor allem, wenn man bedenkt, dass im Schwerpunkt die Kosten für Entwicklung und Prozesse gefördert werden sollen, nicht aber die schon in der Versorgung enthaltenen medizinischen Leistungen. Diese Gelder müssen intelligent und sorgsam eingesetzt werden. Es handelt sich schließlich um die Gelder der Versicherten. Und viele Versicherte sollen davon profitieren.



Gutachten bringt Vorschläge für die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds:

Danach wird die Patientenperspektive als übergeordnetes Entscheidungskriterium gesehen. Der Nutzen für die Regelversorgung sollte das wichtigste Kriterium für Auswahl und Priorisierung der Projekte sein. Projekte sollten ausgewählt werden, weil sie die Qualität der Versorgung steigern. Weil sie Mortalität, Morbidität und Lebensqualität verbesserten, und das für eine möglichst hohe Zahl betroffener Patienten.

Die Studie schlägt vor, dass der Innovationsfonds allen Typen von Projekten offen steht. Dabei komme es nicht auf das Fördervolumen an, sondern auf den Innovationsgrad und die erwarteten Effekte auf den Patientennutzen. Die Autoren plädieren dafür, die Themen möglichst wenig einzuschränken. Innovative Ansätze entstünden durch Freiraum für die Kreativität. Innovationen auszuschließen, weil sie nicht in ein verordnetes Themenspektrum passen, wäre für das Ziel des Innovationsfonds kontraproduktiv.

Die Fördermittel proportional an alle Regionen, an alle Kassenarten und an alle Akteure zu verteilen, erachtet das IGES-Gutachten als nicht zielführend. Qualität habe vor Proporz zu stehen. Die Beteiligung unterschiedlicher Patientengruppen und gesellschaftlicher Gruppen sei wichtig, doch müssten sich qualitativ hochwertige Anträge und Projekte durchsetzen.

Die Verfasser der Studie sprechen sich dafür aus, die Anreize für die Krankenkassen zu erhöhen, neue Projekte zu entwickeln. Scheu vor Verwaltungskosten, die durch das Projektmanagement entstehen, dürfe kein Grund sein, sich nicht zu beteiligen. Verwaltungskosten sollten deshalb in Grenzen aus dem Fonds finanziert werden können. Ein solcher Anreiz – hier werden die Leistungserbringer mit einbezogen – wird auch darin gesehen, die Krankenversorgung im Rahmen des Fonds zu finanzieren, wenn sie im Umfang oder bei der Zielgruppe über die Regelversorgung hinausgeht.

Schließlich plädiert das Gutachten dafür, die Übertragbarkeit der Projektmittel aus einem Jahr für die Folgejahre

»Projekte sollen ausgewählt werden, weil sie die Qualität der Versorgung steigern.«

sicherzustellen. Gute Projekte, so das Argument, brauchen Zeit, und die Konzeption erfordert längeren Vorlauf. Laufzeiten unter einem Jahr seien für gute Projekte nicht realistisch.

Wie es mit dem Thema weitergeht, werden die nächsten Wochen zeigen. Mit der konstituierenden Sitzung des Innovationsausschusses wird für den Herbst gerechnet. ■



GEFRAGT: Selektivverträge zur Versorgung von Schmerzpatienten

FOTO: thecontactstudio - Fotolia.com

INTERVIEW

„Müssen Konsequenzen von den Häusern einfordern“

Qualität soll ein weiteres Kriterium der Krankenhausplanung werden. Das sieht der Gesetzentwurf zur Klinikreform vor. Wir sprachen mit PD Dr. Maria Eberlein-Gonska, einer ausgewiesenen Expertin zur Qualitätssicherung.

Sie stehen dem Lenkungsgremium vor, das sich mit der externen Qualitätssicherung von sächsischen Krankenhäusern beschäftigt. Was beinhaltet diese Arbeit?

Die Krankenhäuser übermitteln ihre Daten an die Projektgeschäftsstelle bei der Landesärztekammer beziehungsweise an die Bundesauswertestelle. Fachleute, das heißt Ärzte, prüfen im Anschluss die Ergebnisse der statistischen Auswertungen. Zeigen sich Auffälligkeiten, beginnt der sogenannte strukturierte Dialog der Facharbeitsgruppe mit dem betreffenden Krankenhaus. Darüber hinaus werden uns einmal im Jahr diese Ergebnisse im Lenkungsgremium vorgestellt. Bei wiederholten Auffälligkeiten ohne klare Verbesserung laden wir das betreffende Haus ein und bitten um Stellungnahme. In der Diskussion kommen wir meist zu einer Zielvereinbarung mit Vorschlägen, wie das Krankenhaus die Probleme künftig bewältigt. Die Facharbeitsgruppe überwacht dann die weitere Entwicklung und meldet uns die Ergebnisse zurück.

Seit über 20 Jahren befassen Sie sich mit externer Qualitätssicherung. Welche Qualitätsprobleme treten an Kliniken auf? Sind bestimmte Fachbereiche besonders betroffen?

Zusammenfassend kann ich sagen, dass es in Sachsen tatsächlich wenige medizinische Auffälligkeiten gibt. Im Vordergrund stehen Dokumentationsfehler, wobei wir nicht erkennen können, dass diese bewusst gemacht werden. Diese Einschätzung teilt im Übrigen auch der Leiter des an der Auswertung maßgeblich beteiligten AQUA-Institutes, Herr Prof. Dr. Szecsenyi.

Der Gesetzestext zur Klinikreform sagt zwischen den Zeilen, Qualitätsmängel sind keine Seltenheit. In welcher Größenordnung haben Sie bislang Probleme beobachtet?

Die Qualität der Versorgung in Sachsen kann als insgesamt gut bewertet werden. Dass Qualitätsmängel keine Seltenheit sind, ist zumindest im Freistaat Sachsen definitiv falsch. Natürlich gibt es auch schwarze Schafe unter den Kliniken. Diese identifizieren wir und gehen gezielt die Probleme an.

Kliniken mit dauerhaft unzureichender Qualität sollen aus dem Krankenhausplan fallen. Wie lange halten sich an betroffenen sächsischen Kliniken Qualitätsprobleme?

In der Vergangenheit gab es bei dauerhaft auffälligen Krankenhäusern keine wirksame Maßnahme, um Qualitätsdefizite abzubauen. Zwar traten Defizite nur vereinzelt auf. Doch das kann im Blick auf eine gute Patientenversorgung nicht hingenommen werden. Wir müssen Konsequenzen von den Häusern einfordern, selbst wenn manche Strukturprobleme schwer lösbar sind. Ich plädiere dafür, die Erkenntnisse der externen Qualitätssicherung in die Krankenhausplanung einfließen zu lassen, zumindest im Sinne der Transparenz.

Bislang folgt bei Mängeln ein kollegialer, straffreier Dialog mit den Krankenhäusern. Der Gesetzgeber setzt auf Sanktionen. Wie verändert dieser neue Ansatz die Situation?

Das ist kein einfaches Thema. Auch der Gesetzgeber hat sich noch nicht klar zwischen Anreizen und Sanktionen entschieden. Prinzipiell ist zu überlegen, inwieweit



FOTO Privat

PD DR. MARIA EBERLEIN-GONSKA leitet den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement am Dresdner Uniklinikum. Sie hat den Vorsitz des Lenkungsgremiums für externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung im Freistaat Sachsen inne.

Krankenhäuser mit Qualitätsproblemen unter Umständen Unterstützung bedürfen. Dies ist immer besser als eine Sanktion. Denn wie kann sich derjenige, der offensichtliche Probleme hat, kontinuierlich verbessern, wenn er auch noch abgestraft wird? Der Gesetzgeber gibt auf diese Frage keine Antwort.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Qualitätsindikatoren für Entscheidungen der Krankenhausplanung entwickeln. Welche Empfehlungen aus Ihrer Arbeit würden Sie mitgeben?

Mir liegt am Herzen, dass wir bei Krankenhäusern, die über zwei oder drei Jahre im strukturierten Dialog auffallen, mehr einfordern können als schriftliche Zielvereinbarungen. Als Lenkungsgremium tragen wir in dieser Zeit, in der nachweislich weiterhin Qualitätsdefizite bestehen, zumindest eine Mitverantwortung für die Patientenversorgung. Externe Qualitätssicherung darf kein zahnlöser Tiger sein. Hier müssen auch gegenüber vermeintlich uneinsichtigen Chefärzten, auch gegenüber der Geschäftsführung und übergeordneten Verwaltungsstrukturen klare Positionen bezogen werden. ■

Neuerungen für Hochschulambulanzen

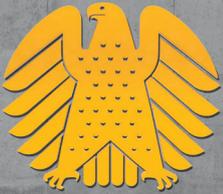


FOTO: apfelweilerv - Fotolia.com

Das im Juni durch den Bundestag verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz bringt auch Änderungen für Hochschulambulanzen (HSA):

- Teilnahme**
 Den Ambulanzen wird per Gesetz erlaubt, an der ambulanten ärztlichen Behandlung teilzunehmen. Bislang musste darüber der Zulassungsausschuss entscheiden, nachdem zuvor der Bedarf geprüft worden war.
- Versorgungsumfang**
 Neben der Behandlung im Rahmen von Forschung und Lehre wird auch die Behandlung von Personen gestattet, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die HSA bedürfen.
- Förderung**
 Der Förderanteil der Länder an den Investitionskosten der HSA („Investitionskostenabschlag“) wird von zehn Prozent auf fünf Prozent abgesenkt.
- Bundeseinheitlich**
 Bundeseinheitliche Grundsätze werden eingeführt, um Besonderheiten der HSA abzubilden (insbesondere zur Vergütung, Begrenzung der Behandlung im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang, Leistungsdokumentation).

Blankovollmacht für Krankenhäuser?

Ein neues Gesetz gibt Hochschulambulanzen freie Hand, personelle Kapazitäten aufzubauen. Die Regelung setzt Steuerungsinstrumente der ambulanten Versorgung außer Kraft.



FOTO: Matthias Stolt - Fotolia.com

Der Vorgang ist ein Systembruch bei der Steuerung von medizinischen Versorgungsangeboten. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz stellt der Gesetzgeber den Krankenhäusern scheinbar eine Blankovollmacht aus. Hochschulambulanzen wird ohne vorherige Bedarfsprüfung gestattet, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Die Ermächtigung kraft Gesetzes steht bisherigen Bemühungen entgegen, die Leistungen der Versorgungsbereiche besser abzustimmen.

Forschung und Lehre

Hochschulambulanzen wurden mit der Gesundheitsreform von 1988 eingeführt, um den Universitätskliniken einen Zugang zur ambulanten Medizin zu schaffen. Die Ärzte, die an den Kliniken forschten oder ausgebildet wurden, sollten das breite Spektrum an Krankheitsbildern kennenlernen, das niedergelassene Ärzte im

Praxisalltag erleben. Universitätskliniken sollten damit ihrem eigentlichen Auftrag nach Forschung und Lehre in der ambulanten Versorgung nachkommen können. Das Mandat der Hochschulambulanzen war also zunächst nicht versorgungspolitisch – wie es dagegen der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist – angelegt.

Diese Erweiterung kam bei der Gesundheitsreform 2003. Um mögliche Versorgungslücken („Unterversorgung“) schließen zu können, erhielten die Krankenhäuser die Option, auf Antrag an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Gesamtvergütung abzurechnen. Diese Ermächtigung sollte bedarfsabhängig durch den Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen erfolgen. Sie sollte erteilt werden, wenn die Sicherstellung nicht bereits durch niedergelassene Ärzte in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

In der Folge entstanden in Sachsen Hochschulambulanzen an den beiden Universitätsklinik Dresden und Leipzig. Eine Ermächtigung, im Sinne von Unterversorgung die vertragsärztliche Versorgung zu unterstützen, war in Sachsen bislang kein Thema. Der Auftrag der universitären Ambulanzen beschränkte sich auf Forschung und Lehre.

De facto: Vertragsärztliche Versorgung

Die Realität hat deutschlandweit diese Beschränkung überholt. Das stellte 2003 die im Auftrag des Bundesforschungsministeriums entstandene Hochschulambulanzstudie fest. Danach sind Hochschulambulanzen weitaus intensiver in das regionale und überregionale Versorgungsgeschehen integriert, als es der gesetzliche Auftrag vorsieht. Die Aufgaben zu Forschung und Lehre machen laut dieser Studie unter 20 Prozent aus. Der Gesetzgeber stellte bei der Formulierung des Versorgungsstärkungsgesetzes eine ähnliche Beobachtung voran: Hochschulambulanzen hätten bei der Versorgung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern an Bedeutung gewonnen. Die Ambulanzen würden damit de facto an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, also soll deren Teilnahme nunmehr auf gesetzlicher Basis erfolgen. Die Ermächtigung für Forschung und Lehre wird um die Ermächtigung zur Untersuchung und Behandlung dieser Personengruppe ergänzt.

Überraschend ist, Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu lassen, für sie aber bei der Bedarfsplanung andere Regeln als für die übrigen Teilnehmer der vertragsärztlichen Verordnung – den niedergelassenen Ärzten – aufzustellen. Die Verknüpfung mit dem regionalen und überregionalen Versorgungsgeschehen wäre für die Bedarfsplanung nichts Ungewöhnliches.

Die jetzt möglich gewordene bedarfsunabhängige Zulassung von Hochschulambulanzen setzt die Steuerungsinstrumente der ambulanten Versorgung außer Kraft. Der Zulassungsausschuss

steuert die ambulante Versorgung nur noch für die niedergelassenen Ärzte. Die Ärzte der Hochschulambulanzen sind außen vor. Die Uniklinika können eigenständig Kapazitäten in den Ambulanzen aufbauen. Weder im stationären Bereich – wo der Krankenhausplanungsausschuss die Kapazitäten mitgestaltet, noch im ambulanten Bereich – wo der Zulassungsausschuss die planerischen Entscheidungen trifft, konnte bisher ein einzelner Leistungserbringer über seine Aktivitäten allein entscheiden.

Angebot erzeugt Nachfrage?

Wenn die Hochschulambulanzen sich „selbst ermächtigen“ können, dann besteht aus Sicht der Ersatzkassen die Möglichkeit, dass entsprechende Angebote auch Nachfrage erzeugen. Dresden und Leipzig, die beiden sächsischen Städte mit Hochschulambulanzen, sind mit niedergelassenen Ärzten gut versorgt. Rein rechnerisch weist die Bedarfsplanung einen durchschnittlichen Versorgungsgrad zwischen 104 und 114 Prozent bei Hausärzten und 117 bis 179 Prozent bei Fachärzten aus. Schaut man, wie häufig Patienten die spezielle Hotline der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Vermittlung nutzen, sind Facharzttermine – die Ärzteschaft hat hier selber den Zeithorizont für „Dringlichkeit“ definiert – nicht das Problem. Vor allem nicht in den beiden Großstädten. Für viele Menschen scheint der Weg in die Kliniken bequemer und mit (noch) weniger Wartezeit verbunden zu sein. Das Anspruchsdenken ist gestiegen. Immer mehr sächsische Patienten gehen mit ihren Beschwerden statt zum niedergelassenen Arzt in die Ambulanzen der Krankenhäuser. Am Wochenende oder an Tagen, an den andere Praxen nicht geöffnet haben.

Ein anderer Effekt sollte auch nicht vergessen werden. Erhöhen die Hochschulambulanzen ihre Ärztezahlen, werden diese Ärzte keine Praxis in ländlichen Regionen übernehmen. Wo sie genauso gebraucht werden. ■

STATISTIK

Jährlich 350.000 Behandlungen



FOTO: Dron – Fotolia.com

Hochschulambulanzen bestehen in Sachsen an den Universitätsklinik Dresden und Leipzig. Die Ambulanzen halten mit jeweils etwa 35 Abteilungen ein breites Spektrum an medizinischen Fächern vor. Die Bandbreite des Angebots reicht von der Anästhesiologie, der Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Kinderchirurgie bis zur Virologie. Einige Fachabteilungen gibt es nur einmal im Freistaat. Einzig das Uniklinikum Dresden hat eine Zytologieabteilung. Hingegen arbeitet allein an der Leipziger Hochschule ein Herzzentrum als Hochschulambulanz.

Wie die Praxen der niedergelassenen Ärzte sind Hochschulambulanzen für Patienten frei zugänglich. Diese universitären Einrichtungen haben in der Regel an fünf Tagen in der Woche geöffnet, die Notfallambulanzen an sieben Tagen. Einige Patienten wählen von sich aus die Hochschulambulanzen als Behandlungsort. Ein anderer Teil wird durch niedergelassene Ärzte gezielt zur Weiterbehandlung dorthin überwiesen. 2014 wurden an sächsischen Hochschulambulanzen rund 350.000 Behandlungen gezählt. Zum Vergleich: In den Praxen der niedergelassenen Ärzte in Sachsen waren es im gleichen Zeitraum etwa 33 Millionen Behandlungen.

Zeigt her eure Ärzte

Per Mausclick lassen sich wichtige Informationen über Pflegeheime finden. Etwa wie viele Bewohner das Haus hat oder wie groß der zu zahlende Eigenanteil ist. Wenige Einrichtungen werben mit Arztkooperationen.

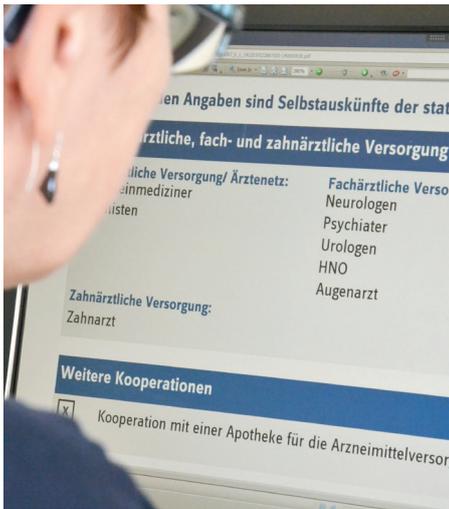


FOTO: Bünzel - vdek

Die pflegebedürftige Mutter sollte zu den Kindern nach Dresden. Möglichst rasch. Ein Pflegeheimplatz wurde gesucht, der sollte viel bieten. Die Entscheidung fiel für den Elsa-Fenske Wohnpark der Cultus gGmbH, einem städtischen Träger. „Die Kinder wussten, das Heim hat sogar einen Hausarzt an der Hand, und sie müssen sich nicht selbst um einen bemühen,“ berichtet Anne-Kathrin Richter von der vdek-Landesvertretung. Die Familie fand die ausschlaggebenden Informationen im Internet. Portale wie der Ersatzkassen-Pflegelotse können neben den Angaben über die Ausstattung einer Pflegeeinrichtung, das Leistungsangebot, die Qualität und die Preise auch Auskunft über das Angebot der ärztlichen Versorgung geben.

Dass Pflegeheime mit Arztkooperationen werben, ist bundesweit die Ausnahme. Etwa ein Drittel der insgesamt circa 740 Einrichtungen in Sachsen weist auf eine Zusammenarbeit hin. Das zeigt eine Auswertung der sogenannten

Datenclearingstelle. Diese bereitet die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Heime auf und stellt die Daten in Form des Transparenzberichtes für die Pflegeportale der Pflegekassen bereit. Laut Selbstauskunft der Pflegeeinrichtungen kooperieren im Freistaat 191 Heime mit Allgemeinmedizinern und 178 mit Fachärzten. Am häufigsten arbeiten sie mit Zahnärzten zusammen – 196 Kooperationen wurden gezählt. Doch offenbar wird weitaus mehr kooperiert, worauf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen deuten.

Die vdek-Pflegexpertin sagt: „Pflegeheimbewohnern fällt es aufgrund von Alter und Krankheit schwer, sich um ihre medizinische Versorgung zu kümmern.“ Sie benötigten daher einen leichten Zugang zu Ärzten. Durch Kooperationsverträge mit Heimen kommen Ärzte regelmäßig auf Visite, führen Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen durch oder schulen das Pflegepersonal. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt dabei immer erhalten. Seit Anfang 2014 müssen Heime die Pflegekassen informieren, wie sie die medizinische Versorgung ihrer Bewohner sicherstellen. Eine entsprechende Regelung war mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeführt worden. Zwei Möglichkeiten bestehen. Die Pflegeheime machen diese Informationen unmittelbar nach der Qualitätsprüfung über einen Eintrag in den Transparenzbericht bekannt. Alternativ können sie auch ganzjährig ihre Daten an dieser Stelle aktualisieren. Das wollen die Kassen nicht dem Zufall überlassen. „Seit diesem Jahr weisen wir die Pflegeeinrichtungen explizit auf diese Eintragungsmöglichkeiten hin,“ betont Anne-Kathrin Richter. ■

Wille zur Kooperation mit Krankenkassen



FOTO: Picture-Factory - Fotolia.com

INDIVIDUELL: Herstellung von Medikamenten

Krebsmedikamente für ambulante und stationäre Behandlungen am Krankenhaus werden häufig durch Krankenhausapotheken patientenindividuell zubereitet. Diese Medikamente sind ausgesprochen kostenintensiv. Auf sie wird eine Umsatzsteuer von 19 Prozent erhoben. Bundesweit ergibt das allein für die Ersatzkassen Millionenbeträge. Ändert sich der Preis oder die Steuer, bleibt das nicht ohne Wirkung auf die den Kassen entstehenden Gesamtkosten. Eine solche Entwicklung deutet sich mit einem Urteil des Bundesfinanzhofes vom Herbst 2014 an. Aus dem richterlichen Beschluss geht hervor, dass zumindest die Verabeichung individuell hergestellter Krebsmedikamente zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus umsatzsteuerfrei ist. Weil das Urteil auf einer spezifischen Regelung zur Arzneimittelversorgung in einem anderen Bundesland beruht, muss eine entsprechende Bestimmung in Sachsen abgewartet werden. Die Krankenausgesellschaft Sachsen und die sächsischen Krankenhäuser zeigen sich derweil kooperativ mit den Krankenkassen: Sollen die Kassen die Umsatzsteuer zurückbekommen, müssen sie sich diese bei den Krankenhäusern holen – über die Kliniken wurde die Steuer an die Finanzämter gezahlt. Die Krankenhäuser verzichteten daher darauf, mögliche Ansprüche der Krankenkassen ihnen gegenüber aus den Jahren 2011-2016 verjähren zu lassen.

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Neuer sektorenübergreifender Versorgungsbereich



FOTO: ppsdesign - Fotolia.com

DARMKREBS: Polypen sind die häufigste Vorstufe

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist in Sachsen angekommen: Das Uniklinikum Leipzig hat als erste Einrichtung die Teilnahme an dem neuen Versorgungsbe- reich bekannt gegeben und die Freigabe durch den Erweiterten Landesausschuss erhalten. In Leipzig können jetzt gastrointestina- le Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle ambulant spezial- fachärztlich behandelt werden. Zum Kreis der zu behandelnden Personen gehören Patienten mit Krebserkrankungen des Darms, der Gallenblase oder der Bauchspeicheldrüse. Auch andere Or- gane des Bauches, wie Milz oder Nieren, können von solchen Tumoren betroffen sein.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung war mit Inkraft- treten des Versorgungsstrukturgesetzes 2012 eingeführt wor- den. Niedergelassene Spezialisten und Krankenhäuser sollen schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltene Erkrankungen unter grund- sätzlich denselben Anforderungen ambulant behandeln kön- nen. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, alles Nähere zum krankheitsspezifischen Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an Personal und Ausstattung zu bestimmen. Neben der Richtlinie zu gastrointes- tinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle liegen derzeit G-BA-Richtlinien zur ambulanten spezialfachärztlichen Versor- gung für Tuberkulose und für das Marfan-Syndrom vor. Weitere Richtlinien sollen folgen.

Für den Erweiterten Landesausschuss, in dem der vdek mitwirkt, war die Prüfung der Unterlagen des Uniklinikums Leipzig eine Premiere. Dem Ausschuss ist für derartige Anzeigen eine Prüf- frist gesetzt. Verstreicht sie, kann der anzeigende Leistungser- bringer an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, auch wenn die Anforderungen nicht erfüllt sind. Die- se Vorgabe ist im Vertragsbereich eher unüblich, zeugt aber vom Willen der Politik, die neue Versorgungsform zügig zu starten.

KURZ GEFASST

Hospizdienste

1932 ehrenamtliche Helfer haben in Sachsen im letzten Jahr 2.586 sterbensranke Menschen in ihrer letzten Le- bensphase begleitet. Damit verfünffachte sich die Zahl der Helfer seit Beginn der Förderung durch die gesetzli- chen Krankenkassen 2002. Die Ersatzkassen unterstüt- zen die Arbeit der 46 in Sachsen tätigen Hospizdienste mit 626.000 Euro.

Selbsthilfegruppen

Die Krankenkassen bezuschussen 2015 die Arbeit von Selbsthilfegruppen bei der GKV-Gemeinschaftsförderung im Freistaat mit durchschnittlich 625 Euro. 967 Gruppen er- hielten eine Fördersumme von insgesamt 605.000 Euro. Außerdem wurden 47 Landesorganisationen (337.000 Euro) und 11 Kontaktstellen (143.000 Euro) gefördert.

Krankenhausforum

Die Bundesregierung hat den Entwurf zu einer Kranken- hausstrukturreform vorgelegt. Was bedeuten diese Plä- ne für die sächsische Krankenhauslandschaft? Dieser Fra- ge geht das Krankenhausforum der vdek-Landesvertretung am 16. September 2015 im Dresdner Dorint Hotel (Grunar Straße 14) nach. Die Veranstaltung beginnt um 10:00 Uhr.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE

Arztsuche: Hört uns jemand?!

Die auf neuestem Stand eingerichtete Arztpraxis wird ge- stellt, das nichtärztliche Praxispersonal ebenso. Die un- ternehmerischen Risiken tragen Andere. Mit diesen Ver- heißungen warb die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) in Annoncen um Hausärzte, allein oder zusammen mit anderen Ärzten in einer sogenannten Satellitenpraxis in Mü- geln tätig zu werden. Das Projekt ist ein Versuch, doch noch hausärztlichen Nachwuchs für die Kleinstadt im Landkreis Nordsachsen zu finden. Intensive Bemühungen der KVS, bei denen auch die vdek-Landesvertretung Gespräche mit Ärzten, Kliniken und Kommunalverwaltung in der Region führte, lau- fen seit über zwei Jahren. Auf die Ausschreibung für die Mügel- ner Praxis haben mehrere Ärzte ihr Interesse gemeldet. Unter- schrieben ist bislang nichts. In Sachsen sind 217 hausärztliche Stellen unbesetzt.

BÜCHER

Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Krankenhaus Rating Report 2015 gibt einen Überblick über den aktuellen Krankenhausmarkt, untersucht die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und gibt einen Ausblick bis 2020. Er beleuchtet insbesondere die Frage, wie ein Investitionsfonds ausgestaltet werden könnte und präsentiert hierzu ein neues Konzept. Der Report bietet damit wertvolle, empirisch abgesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung des Krankenhausmarktes.



Augurzky/Kropf/Hentschker/
Pilny/Schmidt
Krankenhaus Rating Report 2015
2015, 232 S., € 349,99
(inkl. eBook)
medhochzwei Verlag, Heidelberg

Sozialdatenkompendium

In der Publikation werden die verschiedenen Quellen von Sozialdaten der Sozialversicherungsträger und anderer Dateneigner systematisch dargestellt und hinsichtlich ihrer Validität und Aussagefähigkeit analysiert. Ferner werden typische Auswertungsansätze und Fragestellungen behandelt sowie für die Sekundärdatenanalyse typische Methoden vorgestellt. Das Buch setzt Standards für den grundsätzlichen Umgang mit Sozialdaten und leitet daraus Empfehlungen für die Bearbeitung konkreter Fragestellungen ab. Es zeigt u. a. auf, wie sich wichtige Teile der Gesundheitsberichterstattung aus Routinedaten entwickeln lassen.



Swart/Ihle/Gothe/Matusiewicz
(Hg.)
Routinedaten im Gesundheitswesen
2. Auflage 2014, 532 S., € 39,95
Verlag Hans Huber, Bern

STATISTIK

Luftretter flogen 2014 rund 6.000 Einsätze

Sachsens Rettungshubschrauber sind heute weniger in der Luft als vor fünf Jahren. Nach einer Auswertung der vdek-Landesvertretung, sank die Flugzeit von 208.000 Minuten (2009) auf 199.000 Minuten (2014). Der Rückgang beruht maßgeblich auf einer Verringerung von Einsätzen, bei denen Patienten zwischen Kliniken verlegt werden. Die Anzahl dieser Lufttransporte fiel in dem Zeitraum von 1.150 auf 907, wobei die Flugzeit je Einsatz annähernd konstant blieb. Die Zahl der Notfalleinsätze ist ebenso rückläufig – sie sanken von 5.160 auf 5.058. Allerdings sind sie mit etwas längeren Flugzeiten verbunden. In Sachsen sind Rettungshubschrauber in Bautzen, Dresden, Leipzig und Zwickau stationiert. Die Hubschrauber fliegen von Sonnenauf- bis Sonnenuntergang; in Bautzen kommen sie rund um die Uhr zum Einsatz.

BROSCHÜRE

Ungleiche Partner

Sponsoring ist gesellschaftlich anerkannt, doch Vorsicht bei der Finanzierung der Selbsthilfe. Pharma- und Medizinproduktehersteller verfolgen bei ihrer Unterstützung von Selbsthilfegruppen oft eigene Interessen. Wo überall eine Beeinflussung möglich ist und wie die Gruppen damit umgehen können, das zeigt die vom Verband der Ersatzkassen herausgegebene Broschüre „Ungleiche Partner“. Die Publikation kann heruntergeladen werden unter <http://www.vdek.com>

PRÄVENTION

Gemeinsam ans Ziel



FOTO Stark-vdek

TEAMGEIST: Die vdek-Läufer vor dem Start

Sie haben die Fünf-Kilometer-Strecke geschafft. René Kellner, Corinna Köhler, Anita Sarkany und Steffen Kögler von der vdek-Landesvertretung Sachsen sind Anfang Juni beim REWE Team Challenge in Dresden mitgelaufen. Wochen zuvor hatte das vdek-Team mit dem Training für den Firmenlauf begonnen. Am Wettkampftag kam alles anders; ein Teammitglied war erkrankt. Kurzentschlossen sprang Ersatz ein. Der war untrainiert, aber hochmotiviert. Von den Kollegen wurde er ganz besonders angefeuert. Zusammen liefen die Sportbegeisterten die Strecke durch die historische Altstadt. Der Lohn – als Mixed Team belegte die Gruppe den 1.333. Platz. Weil gemeinsamer Spaß und Erfolg motivieren, will die Landesvertretung im nächsten Jahr ein weiteres Team auf die Strecke schicken.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen des vdek
Glacisstraße 4, 01099 Dresden
Telefon 03 51 / 8 76 55-37
Telefax 03 51 / 8 76 55-43
E-Mail LV-Sachsen@vdek.com
Redaktion Dirk Bunzel
Verantwortlich Silke Heinke
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-214X