

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE DAUERBAUSTELLE GESUNDHEITSWESEN | INTERVIEW mit Burkhard John, KV-Chef in Sachsen-Anhalt | VERNETZTE PFLEGEBERATUNG erfolgreich | HISTORIE UND ZUKUNFT in Sachsen Krebsregister

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . MAI 2014

EUROPAWAHL

Sozialunion
voranbringen



„Es gilt den sozialen Charakter Europas zu bewahren und weiter zu entwickeln!

Erst wenn die Europäische Union sich weiter demokratisiert und die sozialen Ziele gleichberechtigt neben die wirtschaftlichen Ziele stellt, werden die Bürger Europas wirklich zusammenwachsen. Nach meiner Überzeugung gehört hierzu ein diskriminierungsfreier Zugang für alle Europäer zu einer sozialen Krankenversicherung, die weder Risikoselektion betreibt, noch eine Gewinnerzielungsabsicht hat. Zusammen mit anderen europäischen Partnern setzt sich der vdek dafür ein, dass Gegenseitigkeit und Solidarität dominante Prinzipien im europäischen Krankenversicherungssystem bleiben“.

Christian Zahn

Verbandsvorsitzender des vdek und Vizepräsident des Association Internationale de la Mutualité (AIM)

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Dauerbaustelle im Gesundheitswesen!

Die vertragsärztliche Versorgung und Vergütung ist eine Dauerbaustelle. 2013 überwiesen die gesetzlichen Krankenkassen an die rund 150.000 ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland mehr als 34 Milliarden Euro.

Text: Dr. Klaus Holst

Die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) liegen inzwischen seit fast zwei Jahren in einem Streit über die Angemessenheit der Vergütung für die Vertragsärzte des Landes. Ende 2012 legte die Landesschiedsstelle eine außerordentliche Steigerung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung um 12 Prozent fest. Diesen Schiedsspruch beklagten die Verbände erfolgreich vor dem Landessozialgericht (LSG). Im März 2014 hat die KVSA daraufhin Revision vor dem Bundessozialgericht eingelegt. Vor diesem Hintergrund haben die Vertragspartner nun vorläufige Vereinbarungen für die Jahre 2013 und 2014 vorgesehen, die die aufschiebende Wirkung des LSG-Urteils berücksichtigen, aber die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) als letzte Instanz offen halten.

Die KVSA moniert die unvollständige Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Menge nach, die entsteht, wenn die sogenannte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung mit dem bundesweiten Punktwert bewertet ist. Die Reform des

ärztlichen Vergütungssystems hat im Jahr 2009 zu einem erheblichen Anstieg des Gesamthonorars in Sachsen-Anhalt geführt. Nach Berechnungen der KVSA fehlen aber noch immer rund 16 Prozent Vergütung, um das aktuelle Abrechnungsvolumen mit dem geltenden Punktwert zu finanzieren. Der vdek teilt allerdings die Ansicht des LSG, das in seiner Entscheidung über den Schiedsspruch 2013 eine andere ordnungspolitische Einschätzung zum Sachverhalt abgegeben hat. Hiernach sind Veränderungen von Demografie und Morbidität Gegenstand der Honorarverhandlungen, nicht aber Basiskorrekturen von Morbidität, die auf den Verordnungen der niedergelassenen Ärzteschaft beruhen und die bei der Honorarreform aus dem Jahr 2008 nicht berücksichtigt worden waren.

Die Position des Landessozialgerichtes

Das LSG hat seine Entscheidung wie folgt begründet: Das Schiedsamt hatte die Entwicklung der Morbidität im Land bereits durch die Berücksichtigung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Veränderungsrate



KOMMENTAR

Nutzen und Grenzen diagnosebasierter Vergütung

FOTO vdek



von
DR. KLAUS HOLST
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gibt es immer schärfere Auseinandersetzungen um die diagnosebasierten Vergütungen. Bei den niedergelassenen Ärzten geht es um die sogenannte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, die die kassenärztliche Vereinigung auf die einzelnen Arztpraxen ausgewogen und gerecht zu verteilen hat. Bei den Krankenhäusern geht es um die sogenannten DRG's, die das vorab verhandelte Budget der Häuser im Jahresverlauf auffüllen. Die Ideen hierfür waren, den Wert ärztlicher Leistungen möglichst exakt und objektiv abzubilden und im Krankenhaus die Verweildauern zu verkürzen.

Diese diagnosebasierten Vergütungssysteme setzen tatsächlich Anreize für Verkürzung von Verweildauern, aber (leider) auch für die Vermehrung von Diagnosen. Finanziell fördern sie Behandlungen und Verordnungen und bestrafen so umgekehrt Nicht-Behandlung und/oder einfache ärztliche Hinweise für eine ausgewogene bzw. gesündere Lebensweise. Deshalb sollte grundsätzlich über eine Reform der Vergütungssysteme nachgedacht werden, die solche konservativen Aspekte des Arzt/Patienten-Verhältnisses finanziell fördert und dabei gleichzeitig den „Diagnose-Hype“ dämpft, um so rein medizinisch basierten Entscheidungen der Leistungserbringer besser gerecht zu werden.



in Höhe von 2,7 Prozent berücksichtigt. Das nochmalige Aufgreifen der Morbidität als Argument für Honorarsteigerungen ist deshalb unzulässig. Die festgesetzte Honorarsteigerung von 2,7 Prozent (ohne die außerordentliche zwölfprozentige Steigerung) resultiert aus der einseitigen Festlegung der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegebenen Veränderungsrate für Diagnosen für das Jahr 2013 in Höhe von 2,7 Prozent und gleichzeitiger Vernachlässigung der ebenfalls vorgegebenen Rate für Veränderungen in der Demografie in Höhe von 0,7 Prozent. Das fünfte Sozialgesetzbuch gibt den Vertragsparteien hierzu Folgendes auf: „Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer kassenärztlichen Vereinigung ist auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Raten zu vereinbaren.“

Da das Schiedsamt die Diagnoserate zu 100 Prozent berücksichtigt hatte und

»Geld ist genug da – es wird nur falsch verteilt.«

Gerlach 2013

die Demografierate also gar nicht, erwartet das LSG vom Schiedsamt eine Begründung für diese Randlösung, die die gewählte Gewichtung von 100 zu 0 Prozent darstellt.

Die Forderungen der KVSA

Die Forderungen der KVSA erläutert der Vorstandsvorsitzende Dr. John in dem Interview der vorliegenden Ausgabe des ersatzkasse reports (vgl. Seite 4). Hiernach erhalten die Krankenkassen Gutschriften aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für die Diagnosen der Ärzte im Land und damit Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die aus seiner Sicht in diesem Umfang zu berücksichtigen



FOTO vdek

DR. BURKHARD JOHN, Vorsitzender der KVSA

und an die niedergelassenen Ärzte weiterzureichen sind. Dies geschieht aktuell insbesondere deswegen nicht, weil die Anpassungen im Arzthonorar nach der letzten Honorarreform unvollständig ausgefallen sind. Nach manchen Berechnungen sind es rund 16 Prozent der Leistungen von niedergelassenen Ärzten, die aufgrund dieser unvollständigen Basis für den Behandlungsbedarf aus dem Jahr 2009 keine Gegenfinanzierung erhalten. Die vom Bewertungsausschuss als Empfehlung übermittelten Veränderungsraten von Morbidität und Demografie erkennt die KVSA vor diesem Hintergrund nicht als Ausgabenobergrenze für Honorarsteigerungen an. Als Konsequenz enthält der Schiedsamtantrag der KVSA für das Honorar 2014 dieselbe Begründung wie derjenige für das Honorar 2013 – auch wenn das LSG anderweitig entschieden hat. Diese Haltung erklärt auch den Revisionsantrag der KVSA vor dem Bundessozialgericht (BSG).

Die Position des vdek

Der vdek schließt sich der Argumentation des LSG Sachsen-Anhalt dagegen vollinhaltlich an. Immerhin sind die Verbände bereit, das Arzthonorar 2013 auch ohne die außerordentliche Steigerung von 12 Prozent noch um etwa 4,8 Prozent zu erhöhen. Dies ist für 2013 vorläufig vereinbart und soll in diesem Umfang auch die einzelnen Arztpraxen erreichen. Für 2014 haben die Verbände der KVSA vor dem Schiedsverfahren angeboten, das vorläufige Honorar 2013 noch einmal um rund 3,5 Prozent zu erhöhen. Solche Vergütungszuwächse gibt es in anderen Versorgungsbereichen nicht.

Diese ca. 3,5 Prozent Steigerung setzen sich aus einer Erhöhung des Punktwertes, einer zusammenfassenden Gewichtung der verschiedenen Veränderungsraten sowie einer Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung zusammen.

Der KVSA ist zugute zu halten, dass es ihr mit ihrer Vertragspolitik gelungen ist, die Leistungen ihrer Hausärzte inzwischen hervorragend zu honorieren (siehe Grafik unten). Bei allen systemimmanenten Problemen, die die KVSA anführt, ist vor diesem Hintergrund zu fragen, ob es nicht doch schon eine ausgewogene Vergütung auch im KV-Vergleich gibt, die einerseits die Leistungen der Ärzte, aber andererseits auch die Wirtschaftskraft und historischen Sachverhalte der verschiedenen KV-Bezirke ausreichend berücksichtigt und abbildet. Es ist zu bedenken, dass unter der Annahme, dass Sachsen-Anhalt lediglich 50 Prozent seiner öffentlichen und sozialen Ausgaben aus eigener Kraft finanziert, 50 Prozent auch der Arzthonorare von Beitragszahlungen der Mitglieder der

gesetzlichen Krankenversicherung aus anderen Bundesländern kommen. Auch das ist gelebte Solidarität von den Mitgliedern der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht überstrapaziert werden sollte.

Offene Versorgungsfragen

Die Ersatzkassen zahlen der kassenärztlichen Vereinigung das Gesamthonorar unter der Maßgabe, dass diese die Versorgung für die Versicherten im Land sicherstellt. Dieser Versorgungsauftrag ist über die Verhandlungen der Gesamtvergütung ein wenig aus dem Blick geraten. Verbessern außerordentliche Steigerungen des Gesamthonorars die Versorgung? Verkürzen sie Wartezeiten oder vermindern sie den sogenannten „Ärztmangel“?

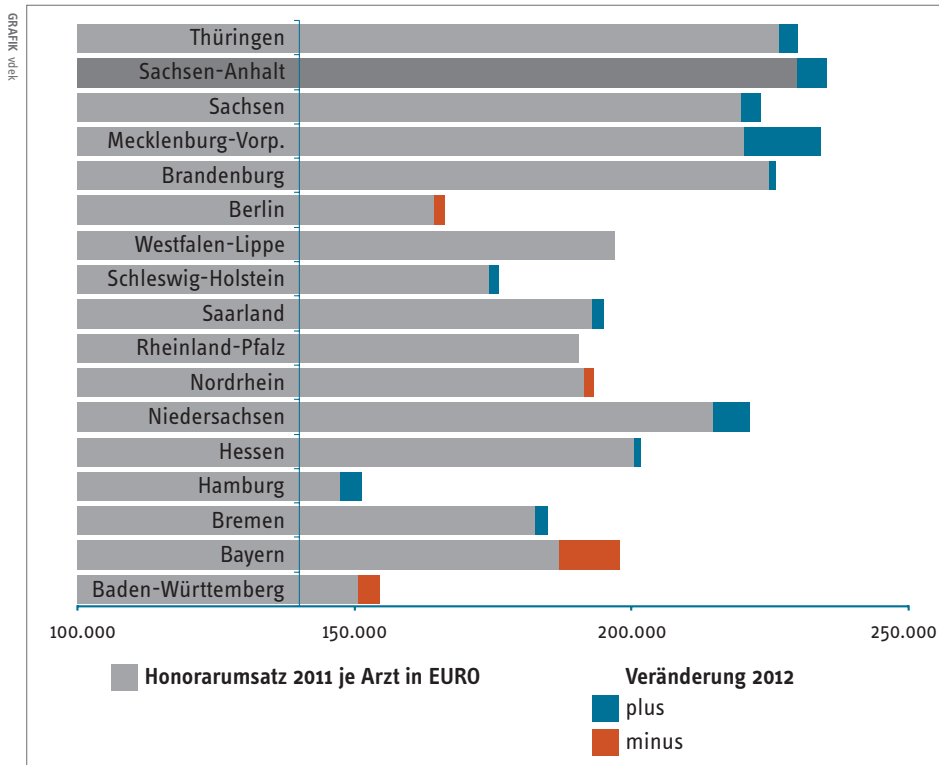
Es wäre zu klären, ob der Schwerpunkt von Versorgungsfragen weg vom Honorar und hin zu Problemen bei der Bestellung von Patienten und Minimierung von Wartezeiten (Praxismanagement) oder hin zur

Arbeitsteilung von Ärzten im KV-Notdienst oder auch der Bereitschaft von Ärzten, als Notärzte im Rettungswesen des Landes mitzuhelfen, lenken sollte. Diese Diskussion würde der vdek mit der KVSA als Vertragspartner auf Augenhöhe führen wollen.

Ausblick

Das BSG wird darüber entscheiden, welche Vertragspartei angesichts der bestehenden Rechtslage richtig liegt. Sollte die KVSA Recht bekommen und die von ihr kalkulierte Morbidität künftig einen Platz in der Honorarberechnung erhalten, bekäme die niedergelassene Ärzteschaft Sachsen-Anhalts rund 100 Mio. Euro von den Versicherten zusätzlich als Honorar. Von Verhandlungen über ein Budget wäre dann künftig kaum noch zu sprechen, sondern eher davon, dass die GKV die von der KVSA vorgelegten Behandlungsdiagnosen finanziell in Euro und Cent begleicht.

Der vdek hält dieses Ergebnis für sehr unwahrscheinlich, da die Argumentation, Gutschriften aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) seien eins zu eins an Leistungserbringer weiterzureichen, sachfremd ist. Der RSA ist eingeführt worden, um einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu etablieren. Der RSA soll Morbiditätsunterschiede zwischen Versicherten der verschiedenen Krankenkassen so ausgleichen, dass diese keine Beitragsunterschiede erzeugen und insofern keinen Grund für einen Kassenwechsel der Mitglieder liefern. Den zugehörigen Kalkulationen, die das Bundesversicherungsamt durchführt, liegen hierfür länderübergreifende Durchschnittsbetrachtungen zugrunde, die durchschnittliche Vergütungen und Häufigkeiten von ausgewählten 80 Krankheiten berücksichtigen. Der RSA beabsichtigt dabei keinen Ausgleich von Vergütungen unterschiedlicher KV-Bezirke oder einen Ausgleich von Vergütungsdifferenzen in anderen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es geht allein um einen fairen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenkassen im Wettbewerb. ■



DER KBV-HONORARBERICHT BELEGT: Bundesweit liegen Sachsen-Anhalts Hausärzte (Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten) beim Honorarumsatz (mit) an der Spitze!

65.000 Euro, das ist der durchschnittliche Jahresnettoverdienst für Hausärzte in Sachsen-Anhalt (siehe Berechnungsschema „Vom Honorar zum Nettoverdienst“ Link: www.kbv.de/html/2121.php und Honorarbericht 2012 KBV Link: www.kbv.de/media/sp/131215_HB_4_Q2012_web.pdf).

Wie weiter beim ärztlichen Honorar?

Wir erleben eine Eskalation der Auseinandersetzungen um das Arzthonorar in Sachsen-Anhalt. Nachdem sich die Vertragspartner auf dem Verhandlungsweg über das Honorar 2013 nicht einigen konnten, gab es ein Schiedsstellenverfahren mit anschließender Klage der Kassenverbände. Das Landessozialgericht hat den Schiedsspruch des Landesschiedsamtes kassiert. Die KVSA ist nun vor das Bundessozialgericht gezogen, indem sie gegen das LSG-Urteil Revision eingelegt hat. Wir sprechen mit dem Vorstandsvorsitzenden der KVSA, um die Motive und die Bestrebungen um die Weiterentwicklung des Arzthonorars verständlich zu machen.

vdek Worin besteht das Anliegen der KV Sachsen-Anhalt?

Dr. Burkhard John In Sachsen-Anhalt gibt es überproportional viel ältere Menschen und diese sind im Vergleich zu Gleichaltrigen in anderen Bundesländern kränker. Um diese Menschen ausreichend versorgen zu können, müssen daran angepasste Finanzmittel von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Das ist bisher nicht der Fall. Die Finanzmittel beruhen auf historisch gewachsenen Werten, die keinen Bezug zum Alter und zur Morbiditätslast der Bevölkerung haben.

vdek Wäre eine länderübergreifende Honorarreform nicht auch ein Weg, um dem gerecht zu werden?

B.J. Es geht nicht um eine Durchschnittsbildung, sondern um die Bereitstellung der morbiditätsbedingt notwendigen Gelder. Diese Anpassung der Finanzmittel für die ambulante Versorgung an das für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung jeweils notwendige Finanzvolumen ist in allen Bundesländern erforderlich, weil diese noch niemals erfolgt ist. Hierfür müssen Messverfahren angewendet werden, wie sie bei der Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen angewendet werden.

vdek Wie sieht die KVSA die Gewichtung von Morbidität und Demografie bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes? Ist einer der beiden Faktoren zu bevorzugen oder handelt es sich dabei um reine Zahlenspiele?

B.J. Die für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Finanzmittel werden durch die Menge (Behandlungsbedarf in Punkten), die mit einem bestimmten Preis (Punktwert) multipliziert werden, festgelegt. Welche Menge (Punkte) für eine ausreichende Versorgung in der Regel notwendig ist, kann durch Messverfahren bestimmt werden. Da sich die Zusammensetzung der Bevölkerung von Jahr zu Jahr ändert, muss die notwendige Punktmenge jährlich neu berechnet werden. Da die Zuteilung der Gelder aus dem morbiditätsorientierten RSA auf die Krankenkassen gemäß der Morbidität erfolgt, muss auch bei der Zuweisung der Finanzmittel für den ambulanten Bereich das gleiche Verfahren Anwendung finden.

vdek Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) steigt auf Basis der einstweiligen Verfügung 2013 immerhin um 4,8 Prozent oder etwa 40 Millionen Euro. Welche Verbesserungen in der Versorgung für die Patienten werden hierdurch erreicht?

B.J. Die genannte Steigerung dient der Finanzierung neuer Leistungen wie überall in Deutschland gemäß der Bundesvorgaben. Weiterhin muss davon in den Praxen die Kostensteigerung, für z.B. Gehälter der Arzthelferinnen, Strom, Wasser etc. getragen werden.

Die Kassen zahlen bisher pro Versicherten im Durchschnitt 318 Euro für ein ganzes Jahr. Für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt sind morbiditätsbedingt 372 Euro notwendig. Diese chronische Unterfinanzierung

führt zu zunehmenden Versorgungsproblemen, wie beispielsweise einen enormen Investitionsstau in den Praxen.

vdek Die KBV weist für 2012 für Hausärzte für Sachsen-Anhalt einen Honorarumsatz von durchschnittlich 235 TEUR gegenüber 232 TEUR im fachärztlichen Versorgungsbe- reich aus. Erlauben die bestehenden Regeln zur Ausgestaltung der Honorarverteilung auch langfristig gerechte Honorarverteilung innerhalb der Ärzteschaft?

B.J. Schon heute fehlen bei uns über 160 Hausärzte. Dieser Mangel muss von den verbliebenen Hausärzten durch Mehrleistung kompensiert werden. Diese Mehrleistung kann sowohl bei Haus- wie auch bei Fachärzten festgestellt werden, da in beiden Bereichen etwa 25% mehr Patienten versorgt werden, als im Bundesdurchschnitt. Das ist die Ursache für Umsätze, die notwendig sind, um entsprechendes Personal und Räumlichkeiten zu finanzieren. Grundlage für eine gerechte Verteilung der Finanzmittel auf die Praxen wären feste Preise entsprechend der Eurogebührenordnung. Davon sind wir weit entfernt.

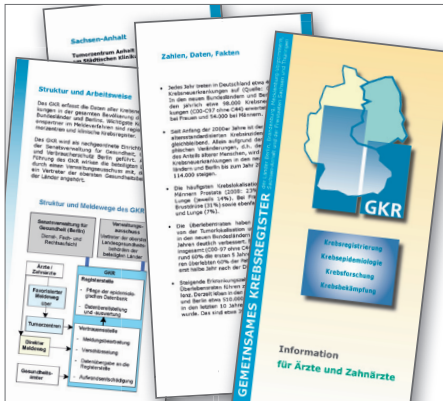
vdek Die große Koalition sieht ein Management zur Reduktion von Wartezeiten für Patienten vor. Stellt sich diese Herausforderung mit Sachsen-Anhalt, seiner Demografie und Morbidität, in besonderer Form? Hält die KV hierzu schon Vorschläge für eine Umsetzung bereit?

B.J. Sofern wir Vorschläge dazu einbringen, werden wir die Krankenkassen rechtzeitig darüber informieren. ■

KREBSREGISTER

Bisheriges ...

FOTO GKR



Ein gemeinsames Krebsregister besitzt in den neuen Ländern eine lange Tradition.

Bereits 1952 begann man mit der epidemiologischen Krebsregistrierung. Auf Basis einer Meldepflicht wurden alle Krebserkrankungen an das Nationale Krebsregister der DDR gemeldet. Für Sachsen-Anhalt liegen Daten ab 1961 vor. 1990 entfiel die gesetzliche Meldepflicht und es kam zu einem Rückgang der Erfassungen. Um aber diese einzigartige Datensammlung des Nationalen Krebsregisters zu erhalten, beschlossen die Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und die Freistaaten Sachsen und Thüringen ab 1992 das Krebsregister gemeinsam weiterzuführen. 1995 trat dann das Krebsregistergesetz (KRG) in Kraft und mit dem Abschluss eines Verwaltungsabkommens zwischen den beteiligten Ländern wurde in das Erfassungsgebiet auch der Westteil von Berlin einbezogen.

Das Gemeinsame Krebsregister ist das größte epidemiologische Krebsregister in Deutschland. In den beteiligten Ländern leben ca. 17,5 Mio. Menschen und pro Jahr sind 78.000 Krebsneuerkrankungen zu erwarten.

Jährlich sterben etwa 200.000 Menschen, davon ca. 44.000 an Krebs.

Allein in Sachsen-Anhalt gab es in 2011 14.791 Neuerkrankungen und 7.679 Todesfälle mit der Ursache Krebserkrankung.

KREBSREGISTER

... und Zukünftiges von Krebsregistern – alles in einer Hand!

Im Rahmen des Nationalen Krebsplanes besteht seit langem die Forderung nach bundesweit flächendeckenden klinischen Krebsregistern. Im Ergebnis dieser Forderung des Nationalen Krebsplanes ist schließlich das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG; 2013) entstanden. Das KFRG bezweckt die Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung und verpflichtet alle Bundesländer bis 2017 zur Einrichtung landesweiter klinischer Krebsregister.

Ziel ist die Vorlage eines kompletten Krankheitsverlaufes der Patienten von der Diagnose über die Therapie bis zur Heilung oder zum Tod. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen sollen diese Daten auswerten und die Ergebnisse anschließend an die Leistungserbringer zurück senden. Diese Schlussfolgerungen aus empirischen Befunden sollen zu besseren Behandlungen führen. Die klinischen Krebsregister werden daher Daten erfassen, die Ärzte sowohl aus dem ambulanten, als auch dem stationären Versorgungsbereich melden. In Sachsen-Anhalt bestehen seit Jahrzehnten bereits drei Register (Halle, Magdeburg und Dessau-Roßlau), die diese Aufgaben teilweise auch schon umsetzen.

Der Gesetzgeber erwartet nun, dass ein zentrales klinisches Krebsregister die Prozesse zur Datenerfassung je Bundesland leiten wird. Dafür müssen Zugriffsrechte und Delegation von diesem Register zu nach gelagerten Organisationseinheiten und damit in der zu schaffenden organisatorischen Einheit gelten.

Eigenständigkeit bzw. Unabhängigkeit muss berücksichtigt sein. Die ungünstigste Ausgangsposition wäre dabei, den drei bereits existierenden

Krebsregistern (siehe oben) noch ein neues hinzukommendes klinisches Landeskrebsregister (als vierte Einheit) zuzuordnen. Dies gilt es aus Sicht des vdek zu vermeiden. Ziel sollte ein leistungsfähiges, unabhängiges und einheitliches Landeskrebsregister sein.

Ein Nebeneinander der drei bisherigen regionalen Krebsregister würde den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht werden. Rotierende Leitungs- und Kompetenzverantwortlichkeiten unter Beibehaltung der bisherigen Organisationsstruktur wären für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer Organisation einfach nur hinderlich! Der vdek fordert deshalb ein förderfähiges klinisches Krebsregister auf der Landesebene, das etwa auch Synergien bei der Anschaffung der Hard- und Software sowie der personellen Ausstattung für nur ein Register erwarten lässt.

Mit einem neuen Konzept für ein Krebsregister Sachsen-Anhalt verbindet der vdek die Hoffnung, dass dieses die bestehenden und ab 2018 verbindlichen Förderkriterien einhält.

Es dürfte unseres Erachtens auch im Interesse des Landes sein, eine Organisation zu schaffen, die die auf der Bundesebene vorgegebene Vollständigkeit des Datenbestandes von 95 Prozent frühzeitig realisiert. Dieses leistungsfähige klinische Landeskrebsregister wäre ein gesundheitspolitischer Beitrag, mit dem sich das Land Sachsen-Anhalt hervor tun könnte. Zudem wird sich das Land auch im bundesweiten Vergleich daran messen lassen müssen, mit welchen Vorhaltekosten es die Leistungen des zentralen Krebsregisters zukünftig erbringt.

Wohin geht's zur vernetzten Pflegeberatung?

Die längst überfällige Erkenntnis: Sachsen-Anhalter sind bei der vernetzten Pflegeberatung gut aufgehoben. Allerdings, der Weg in die Beratung sollte besser ausgeschildert sein!



SCHWARZ AUF WEISS Das Prinzip der vernetzten Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt funktioniert!

Der Anteil älterer Bürger in Sachsen-Anhalt nimmt zu und damit auch die Anzahl jener, die pflegebedürftig sind oder es werden können. Es liegt deshalb auf der Hand, auf einen steigenden Informations- und Unterstützungsbedarf im Bereich der Pflege angemessen zu reagieren.

Die vorliegende Evaluation zur Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI belegt nun auf 273 Seiten, dass seit 2010 das Angebot einer vernetzten Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt eine große Zustimmung findet und dem gesetzlichen Anspruch auf eine qualifizierte Pflegeberatung für alle Betroffenen und Angehörigen gerecht wird. Die 2010 aufgebaute Organisationsstruktur auf Landesebene, als auch die Kooperationsstrukturen in den kreisfreien Städten und Landkreisen sind in vollem Umfang handlungsfähig.

Ergänzend zu dieser positiven Gesamteinschätzung empfehlen die Gutachter allen Beteiligten der vernetzten Pflegeberatung aber auch ein höheres Engagement bei

der Medien- bzw. Öffentlichkeitspräsenz. Die Gutachter verweisen etwa auf das Erstellen und Verteilen von Flyern sowie auf Foto- und Plakatwerbekampagnen.

Diese Maßnahmen sollen helfen, (noch) bestehende Informationsdefizite und Nutzungsbarrieren zügig abzubauen, indem die vernetzte Pflegeberatung einen größeren Bekanntheitsgrad erreicht.

Die Gutachter führen weitere Handlungsfelder auf:

- Koordination und Abstimmung der (regionalen) Partner untereinander in Fragen der Beratung, Fortbildung und Vorfelddarbeit,
- Information über die Angebotsvielfalt und Kommunikation über Öffentlichkeitsarbeit auf verschiedenen Ebenen,
- Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Sozialhilfeträgern und den Trägern der Pflegeberatung vor allem auf kommunaler Ebene,
- Sensibilisierung und Einbindung der Hausärzte und Intensivierung der Kooperation mit Krankenhäusern. ■

Ersatzkassenforum 2014: Auf die Pflege kommt es an.



Die große Koalition plant eine umfassende Reform der Pflegeversicherung. Dabei geht es etwa um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Unterstützung für Menschen mit Demenz und den Ausbau von Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege. Aber auch Zuschüsse für Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stehen auf der Agenda. Das alles soll mit weniger Verwaltungsaufwand und in besserer Qualität realisiert werden.

Im diesjährigen Ersatzkassenforum diskutieren Staatssekretärin Anja Naumann und der Verbandsvorsitzende Christian Zahn über das Pflegereformvorhaben der großen Koalition.

Wann: 15. Juli 2014 ab 18:00 Uhr
Wo: Im Gesellschaftshaus Magdeburg

Ablauf:

18.05 Uhr Anja Naumann (Ministerium für Arbeit und Soziales)

18.30 Uhr Christian Zahn (Verbandsvorsitzender vdek)

19.00 - 20.00 Uhr Podiumsdiskussion mit den Referenten und den gesundheitspolitischen Sprechern der im Landtag von Sachsen-Anhalt vertretenen Parteien.

PFLEGEVERSICHERUNG

Häusliche Krankenpflege im Lot?



FOTO: Peter Maszlen – Fotolia.com

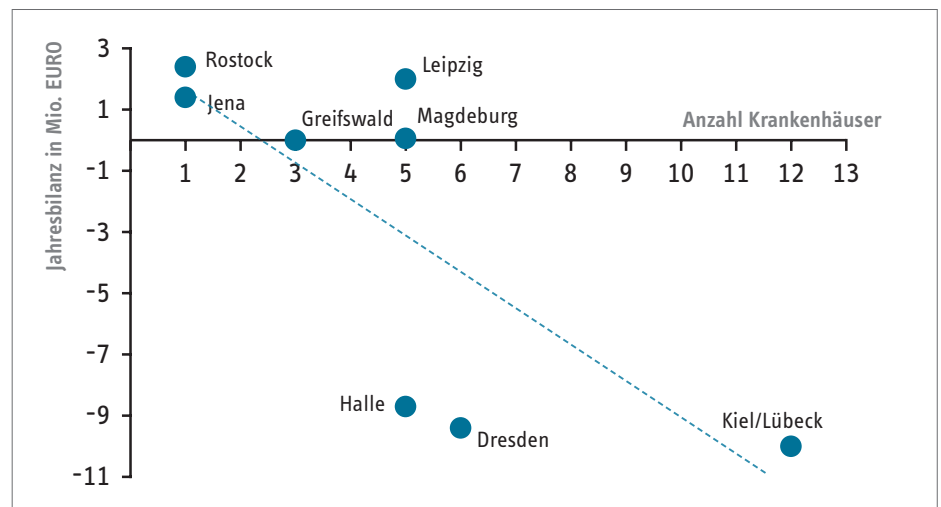
„Ein neuer kassenartenübergreifender Rahmenvertrag zur häuslichen Krankenpflege (HKP) mit der Diakonie ist im Rahmen von Vergleichsverhandlungen zustande gekommen. Das ist ein Meilenstein auf dem Weg zu insgesamt einheitlicher Honorierung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Sachsen-Anhalt“, so bewertet Dr. Holst das Ergebnis des Schiedsverfahrens vom März 2014. Nachdem vdek, BKK, Knappschaft und die Krankenversicherung für Landwirte 2012 den Vertrag mit der LAG gekündigt und zu Verhandlungen aufgerufen hatten, konnte nun im Rahmen eines Vergleiches vor dem Schiedsverfahren eine Einigung für 2014 erzielt werden.

So wird die Vergütung für Leistungen HKP für 2014 insgesamt um 4,84 Prozent und für 2015 und 2016 im Rahmen der noch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bekanntzugebenden Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V angehoben. „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ ist angesichts der Refinanzierungsregeln des Morbi-RSA sachgerecht und soll schließlich auch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Sachsen-Anhalt Anwendung finden. Wir gehen davon aus, dass dieses Ziel für alle Krankenkassen in absehbarer Zeit erreicht wird“, so der Leiter der vdek-Landesvertretung in Sachsen-Anhalt.

KRANKENHAUSPLANUNG

Nicht alle Universitätskliniken schreiben rote Zahlen!

Viele Gründe führen zu finanziellen Schieflagen bei Universitätskliniken. „Standortfaktoren“ gehören dazu! Im Fall Halle sind jetzt Politik, Leistungserbringer und Krankenkassen gleichermaßen gefordert.



GRAFIK: vdek

JAHRESERGEBNISSE AUSGEWÄHLTER UNIVERSITÄTSSTANDORTE (Quellen: Verband der Universitätskliniken Deutschlands (VUD), Stand 2011) Link: www.kma-online.de und Deutsches Krankenhausverzeichnis Link: www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de

Die wirtschaftliche Stabilität von Universitätskliniken hängt offensichtlich auch von der Anzahl anderer Krankenhäuser am Standort bzw. in der Umgebung ab. Dort wo eine hohe Standortdichte gegeben ist, fallen vermehrt negative Jahresbilanzen an (siehe Grafik). Die landesbezogene Krankenhausplanung hat bisher wenige bis gar keine Instrumente, um sogenannte Doppelvorhaltungen gegenüber anderen Krankenhausstandorten abzuwenden oder -bauen. In Erkenntnis dessen ist es richtig, dass neue Instrumente erforderlich sind.

Für die Situation in Sachsen-Anhalt wird diskutiert, welche Lösungen für die beiden Universitätskliniken gefunden werden können.

Für die Ersatzkassen steht eine Beibehaltung einer qualifizierten Versorgung der Patienten im Zentrum aller Überlegungen. Davon ausgehend sind Kooperationen

am Standort mit anderen Krankenhäusern und zwischen den beiden Universitätskliniken deutlich zu forcieren. Strukturelle Änderungen bedürfen eines konkreten Umsetzungsplanes.

Aus Sicht des vdek bietet sich in Sachsen-Anhalt die einmalige Chance, im Rahmen einer landespolitischen konzertierten Aktion von Politik, Leistungserbringern und Kostenträgern, neue – dem Bedarf und den Ansprüchen an eine moderne medizinische Versorgung entsprechende – Strukturen zu bilden. Weder Universitätskliniken noch Krankenhäuser können in diesem Prozess allerdings auf lieb gewonnene „Erbhöfe“ bestehen. Wir müssen agieren und nicht reagieren und wir dürfen nicht die Zukunft des Landes verkaufen! Damit das Personal und die Patienten nicht verunsichert werden, muss die Phase der gesundheitspolitischen Spekulationen zügig verlassen werden. ■

BÜCHER

Im Mittelpunkt: der Patient

Ein Gesundheitssystem, in dem sich alles am größtmöglichen Patientenutzen orientiert – dies ist der brennende Reformansatz der beiden Autoren. Umfassende Qualitätsmessungen über möglichst viele Krankheitsbilder und für den Durchschnittspatienten verständliche Qualitätsvergleiche sind zentrale Bestandteile ihrer Forderungen. Aus Sicht der Autoren – Porter ist Harvard-Professor und Guth Klinik-Geschäftsführer – sind alle Voraussetzungen für einen solchen Systemumbau bereits heute erfüllt; die Politik sollte den Mut haben, entscheidende Schritte zu gehen.



Michael E. Porter, Clemens Guth
Chancen für das deutsche Gesundheitssystem
2012, 376 Seiten, Euro 59,95,
Verlag Springer Gabler, Wiesbaden

Wenn Oma Hilfe braucht

Was ist mit Oma los? Wieso werden für sie Räume, Schränke und Schubladen beschriftet? Diese Frage stellen sich Katja und Max, die beiden Hauptfiguren in diesem Ratgeber für Kinder der Alzheimer Initiative. Die Geschwister müssen erleben, wie die Krankheit ihre Großmutter verändert. Mit bunten Bildern und kindgerechten Texten wird den Kids die Krankheit nahegebracht. Eine traurige Geschichte, die liebevoll erzählt wird. Bilder erläutern die Funktionsweise des Gehirns. Comics, Spiele und Bastelanleitungen runden das Angebot ab.

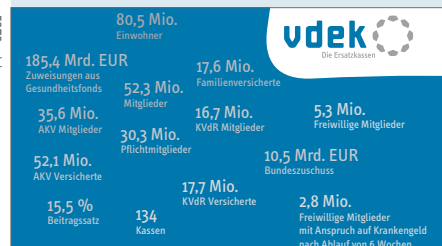


Alzheimer Forschung Initiative e.V. (Hg)
Alzheimer-Kids wissen mehr
28 Seiten, kostenlos,
zu bestellen unter www.alzheimer-forschung.de oder unter Tel. 0211 / 86 20 66-0

STATISTIK

vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2013/14

Foto: vdek



Gesundheitspolitisch relevante Daten liefert die 18. Auflage der Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2013/2014“, herausgegeben vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Berlin.

Die Broschüre gliedert sich in fünf Kapitel (Bevölkerung, Versicherte, Finanzen, Versorgung, soziale Pflegeversicherung). Neben Finanz- und Versichertendaten werden auch „Leistungserbringerbereiche“ (z. B. Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittel) mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie weitere volkswirtschaftliche Daten runden die Broschüre ab.

Die Printausgabe der Broschüre kann unter basisdaten@vdek.com oder per Fax 030/26931-2915 bestellt werden. Darüber hinaus kann die gesamte Broschüre, aber auch im Einzelfall jede Darstellung für sich, von der vdek-Website www.vdek.com unter Presse/Daten zum Gesundheitswesen, im JPG-Format heruntergeladen werden. Mit Hilfe des QR-Codes (Rückseite der Broschüre) können zudem alle Darstellungen auf mobile Endgeräte (Smartphones und Tablets) von der vdek-website abgerufen werden. Bitte beachten Sie: Aktualisierungen der Darstellungen erfolgen unterjährig!

STATISTIK

Mitgliederzuwachs ungebrochen

Immer mehr Menschen entscheiden sich für die bundesweit agierenden Ersatzkassen. Zum 1. März 2014 waren erstmalig mehr als 20 Millionen Mitglieder bei einer der sechs Ersatzkassen (BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse, hkk).

Der Nettozuwachs aller Ersatzkassen belief sich auf immerhin 383.000 Mitglieder mehr, als im Vergleichsmonat des Vorjahres. Unter Einbeziehung der mitversicherten Familienangehörigen profitieren nun schon deutlich mehr als 26 Mio. Menschen vom umfassenden Krankenschutz der Ersatzkassen.

Die Mehrheit aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland ist somit bei den Ersatzkassen. In Marktanteilen heißt das: 37,5 Prozent von 69,9 Millionen Versicherten haben die Ersatzkassen gewählt, 34,6 Prozent sind bei der AOK-Familie und mit einem Marktanteil von 16,6 Prozent liegt das System der Betriebskrankenkassen an dritter Stelle im Ranking der gesetzlichen Krankenkassenarten (vgl. u.a. vdek-Basisdaten 2013/14, S. 11).

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e.V.
Schleierufer 12, 39104 Magdeburg
Telefon 03 91 / 5 65 16-0
Telefax 03 91 / 5 65 16-30
E-Mail LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com
Redaktion Dr. Volker Schmeichel
Verantwortlich Dr. Klaus Holst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und mittelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2174