

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE MODERNISIERUNG der Pflege | INTERVIEW mit Markus Plantholz | ERSATZKASSENFORUM zur Pflegeversicherung | SEKTORÜBERGREIFENDE Aufgaben fixieren | KRANKENHAUSPLAN vs. Leistungsrecht

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2014

VERSORGUNG

Patientensicherheit auf dem Vormarsch

FOTO: Techniker Krankenkasse



Patientensicherheit ist ein junges Thema in der Medizin. Erstmals 1999 bezifferte eine Studie aus den USA vermeidbare Todesfälle. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS; 2007) schätzt, dass es in Deutschland jährlich etwa 17.500 vermeidbare Todesfälle in Krankenhäusern gibt. Fehler bzw. Mängel im Umgang mit Patienten sind aber nicht auf stationäre Behandlungen begrenzt.

Der erste gemeinsame Kongress (Hamburg 2014) für Patientensicherheit des APS wirbt daher für mehr gesellschaftliche Aufmerksamkeit. Auch gesundheitsziele.de hat diese gesamtgesundheitliche Bedeutung der Patientensicherheit erkannt und als neues Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ beschlossen. Der vdek setzt sich ebenfalls für mehr Patientensicherheit ein und wird sich in Arbeitsgremien aktiv beteiligen.

PFLEGE

Modernisierung der Pflege

Modernisierung im großen Stil. Auf allen Etagen ist man am „werkeln“, es bleibt zu hoffen, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff – quasi das Fundament von allem, nicht im Nachgang auf der Strecke bleibt.

Die Bundesregierung plant, mit dem Pflegestärkungsgesetz Leistungen für Pflegebedürftige auszuweiten und einen Pflegevorsorgefonds einzurichten.

Hiernach soll die Pflegeversicherung unter anderem Leistungen der häuslichen Pflege stärken und flexibilisieren. Die Ersatzkassen begrüßen die Maßnahmen zur Leistungsausweitung und Flexibilisierung im Sinne der Versicherten.

Es ist damit zu rechnen, dass das Reformpaket nach der 2. Lesung im Bundesrat am 7. November 2014 beschlossen wird. Danach beginnen die Vorarbeiten zur vertrags- und leistungsrechtlichen Umsetzung. Die gesetzlichen Änderungen sollen zum 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Nachhaltig finanzieren

Zum 1. Januar 2015 soll eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte (auf 2,35 bzw. 2,6 für Kinderlose) erfolgen. Davon fließen 0,2 Beitragssatzpunkte – ca. 2,4 Mrd. Euro jährlich – in die Leistungsausweitung für Pflegebedürftige und 0,1 Beitragssatzpunkte – ca. 1,2 Mrd. Euro jährlich – in den geplanten Pflegevorsorgefonds. Mit seiner Hilfe soll der demographiebedingte Anstieg

der Pflegebedürftigen abgemildert werden. 20 Jahre lang soll dafür angespart werden. Die Ersatzkassen haben sich immer für eine Nachhaltigkeitsreserve innerhalb der sozialen Pflegeversicherung ausgesprochen. Von daher ist der geplante Pflegevorsorgefonds sicherlich eine bessere Lösung als eine rein kapitalgedeckte Versicherung.

Allerdings bleiben auch hier noch viele Fragen unbeantwortet. An erster Stelle steht dabei, wie das Sondervermögen zuverlässig vor staatlichen Zugriffen geschützt werden kann. Insgesamt erscheint auch die finanzielle Ausgestaltung des Pflegevorsorgefonds nicht ausreichend, um das Ziel einer dauerhaften Finanzierung der demographiebedingten Zusatzausgaben ab 2035 zu erreichen.

Nachhaltig dynamisieren

Ab dem 1. Januar 2015 sollen bei allen bisherigen Pflegeleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen) die Beträge um 4 Prozent steigen.



KOMMENTAR

Soziales Augenmaß in der Pflege gefragt

FOTO vdek



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

Anlässlich des letzten Ersatzkas-
senforums waren sich alle Teilneh-
mer einig: In einer älter werden Ge-
sellschaft wächst der Stellenwert
einer sozialen Pflegeversicherung.
Die Eckpunkte des auf den Weg ge-
brachten Pflegestärkungsgeset-
zes sind daher Schritte in die rich-
tige Richtung. Ob diese Schritte zu
kurz oder gerade richtig sind, wird
die Zukunft zeigen. Immerhin be-
steht offensichtlich ein parteiüber-
greifender Konsens darüber, dass
die Pflegeversicherung die sozialen
Belastungen und Kosten in ange-
messener Weise auffangen soll, die
zum Beispiel durch die Auflösung
familiärer Strukturen in immer grö-
ßerem Umfang auf die Gesellschaft
entfallen.

Damit ist der fachliche, leistungsba-
sierte Teil der Pflege „bedient“. Der
Gesetzgeber will aber mehr: Mit der
avisierten Erweiterung des Pflege-
bedürftigkeitsbegriffes in Richtung
Demenz und der geplanten Einstel-
lung von bundesweit 25.000 Be-
treuungskräften sollen auch mehr
persönliche Zuwendung und länge-
re zeitliche Betreuung für Pflegebe-
dürftige Einzug halten.

Ob diese Maßnahmen den Ver-
lust an generationenübergreifen-
der Versorgung und Verantwortung
kompensieren können, wird sich
ebenfalls erst erweisen. In jedem
Fall sind sie Ausdruck unserer mo-
dernen Gesellschaft.



Der vdek hatte bereits seit langem
eine Anhebung der Leistungen gefor-
dert und begrüßt daher ihre Umsetzung.
Allerdings gleicht die jetzt geplante An-
hebung lediglich den inflationsbeding-
ten Preisverfall der letzten drei Jahre aus
und greift daher zu kurz. Um zukünftig
eine hochwertige Pflege zu ermöglichen,
muss eine Dynamisierung der Leistun-
gen verbindlich und regelmäßig stattfin-
den. Dabei wäre es gut, die Anpassung der
Leistungsbeträge an eine wirtschaftliche
Kenngröße, wie beispielsweise der allge-
meinen Preissteigerung, zu koppeln.

Die Leistungen des Pflegestärkungs- gesetzes im Überblick:

Das Pflegestärkungsgesetz bezieht sich auf
die Verbesserung folgender Leistungen:

- Flexibilisierung der Verhinderungs-
und Kurzzeitpflege
- Wohnumfeldverbessernde Maßnah-
men und Gründungszuschuss
- Ausweitung der Tages- und Nacht-
pflege
- Ausweitung der zusätzlichen Betreu-
ungs-/Entlastungsleistungen (am-
bulant)
- Ausweitung der Betreuung in statio-
nären Pflegeeinrichtungen
- Leistungsausweitungen für Personen
mit erheblich eingeschränkter Alltags-
kompetenz

Betroffene sollen Anspruch auf Verhinde-
rungspflege für bis zu sechs Wochen pro
Kalenderjahr haben. Sie können dann dies
mit der Hälfte des für Kurzzeitpflege nach
§ 42 SGB XI zur Verfügung stehenden Be-
trages kombinieren, sodass ihnen bis zu
2.418 Euro pro Jahr zur Verfügung stehen.

Antragsteller können Kurzzeitpflege
mit den Beträgen der Verhinderungspfle-
ge kombinieren, sofern noch keine Inan-
spruchnahme erfolgte. Es stünden dann
für die Kurzzeitpflege bis zu 3.224 Euro
für bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr
zur Verfügung.

Der Leistungsbetrag für zum Verbrauch
bestimmte Pflegehilfsmittel steigt auf mo-
natlich 40 Euro, der Leistungsbetrag pro

Einrichtungen	Anzahl
Stationär	461
Kurzzeitpflege	18
Tages- und Nacht- pflege	113
ambulant	570

GRAFIK vdek

ANZAHL DER PFLEGEEINRICHTUNGEN in Sachsen-
Anhalt, Stand: 1.7.2014

wohnumfeldverbessernder Maßnahme auf
4.000 Euro (bei Zusammenlegung mehrerer
Bewohneransprüche pro Maßnahme
auf 16.000 Euro).

Die zeitliche Befristung des Grün-
dungszuschusses für ambulant betreu-
te Wohngruppen entfällt. Stattdessen ist
diese Förderung auf das Ausschöpfen des
„Fördertopfes“ in Höhe von 30 Mio. Euro
begrenzt. Förderfähige Umbaumaßnahmen
können auch solche Maßnahmen sein, die
bereits vor offizieller Gründung der Wohn-
gruppe oder Einzug in die gemeinsame
Wohnung durchgeführt wurden.

Es erfolgt keine Anrechnung der Lei-
stungsbeträge für Tages- und Nachtpflege
auf andere Leistungen mehr, sodass die-
se neben Pflegesachleistungen oder Pfl-
gegeld erhalten bleiben.

Das Pflegestärkungsgesetz weitet ambu-
lante Betreuungs- und Entlastungslei-
stungen aus:

a) Die Beträge sollen auch für niedrig-
schwellige Entlastungsleistungen (haus-
wirtschaftliche Hilfen) einsetzbar sein,
wie zum Beispiel die Bewältigung des
Pflegealltags durch Sicherstellung der
hauswirtschaftlichen Versorgung aber
auch die Entlastung Angehöriger in ihrer
Eigenschaft als Pflegenden.

b) Der Personenkreis wird ausgewei-
tet, d. h. Leistungsanspruch in Höhe von
104 Euro für alle Pflegebedürftigen, also
auch für die pflegebedürftigen Personen
ohne erheblich eingeschränkte Alltags-
kompetenz.

c) Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (erhöhter Bedarf) haben einen Leistungsanspruch in Höhe von 208 €.

d) Es besteht zukünftig die Möglichkeit die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen um den halben Pflegesachleistungsbetrag auszuweiten. Dazu ein Beispiel: Bei Bezug von Pflegesachleistungen Pflegestufe I erhält der Pflegebedürftige 468 Euro im Monat. Demnach ständen dem Pflegebedürftigen 234 Euro und zusätzlich 104 Euro zusätzliche Betreuungs-/Entlastungsleistungen zu. Dem Beispiel folgend würden dann insgesamt 338 Euro im Monat an zusätzlichen Betreuungs-/Entlastungsleistungen zur Verfügung stehen.

Pflegebedürftige haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen, was der Gesetzgeber durch die Erhöhung des Betreuungspersonals von 1:24 auf 1:20 erreichen will. Das bedeutet, dass eine Betreuungskraft nicht mehr 24, sondern 20 Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung betreut.

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. Demenzkranke) ohne Pflegestufe haben zusätzlich einen Anspruch auf:

- Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI)
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- Gründungszuschuss für ambulante Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Weitere vdek-Marker

Das Pflegestärkungsgesetz sollte Verhinderungspflege finanziell so ausgestalten, dass es zu keiner Diskriminierung zwischen pflegenden Angehörigen kommt, die erwerbsmäßig pflegen und denen, die nicht erwerbsmäßig pflegen (Leistung in Höhe des Pflegegeldes). Es sollte die Verhinderungspflege auf den vollen Kurzzeitpflegebetrag ausdehnen.

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen sollten als Jahresbetrag zur Verfügung stehen, mit einer Begrenzung der Ansprüche auf das Kalenderjahr.

Versicherte sollten im Bedarfsfall einen Anspruch auf volle Weiterzahlung des Pflegegeldes während der Kurzzeit- und Verhinderungspflege haben.

Die zunehmende Gleichstellung Menschen mit körperlicher Behinderung zu Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist der richtige Schritt in

Richtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Es bleibt zu hoffen, dass die neuen Leistungen mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompatibel sein werden und die Übersicht über die Leistungsansprüche gewahrt bleibt.

Das Fondsvermögen aus dem Pflegevorsorgefonds ist vor staatlichem Zugriff

»Die ... vorgesehene Dynamisierung kann nur ein erster Schritt sein.«

Anja Naumann; Staatssekretärin

zu schützen, da die Mittel aus Beitragsgeldern stammen. Es ist nur zweckgebunden zur Stabilisierung des Beitragssatzes zu verwenden. Deshalb sollte der Gesetzgeber klar definieren, welche Ausgaben demographiebedingt entstehen. Fraglich ist auch, ob der gewählte Ansatz ausreichend ist, um dieses Ziel zu erreichen.

Zumindest erfüllt der Aufbau des Pflegevorsorgefonds die Forderung der Ersatzkassen nach einer paritätischen und solidarischen Finanzierung. Noch ist aber nicht sichergestellt, dass die Mittel zweckentfremdet werden. Denkbar wäre dies durch neu geschaffene Leistungen oder den Zugriff des Staates. Das Sondervermögen soll die Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung sichern und nicht die Dynamisierung von Leistungen. Diese Versichertengelder sollten nicht Spekulationen auf den Aktienmarkt dienen. Es ist zwingend auf eine sichere Anlageform zu achten.

Ausblick auf Stufe II

Zum 1.1.2016 soll das Gesetz zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – als zweite Stufe der Reform – in Kraft treten. Danach erfolgt die Anpassung von leistungs- und vertragsrechtlichen Vorschriften. Für den 1.1.2017 ist dann die flächendeckende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen. Soweit zu diesen Plänen der großen Koalition. ■



FOTO: Barbara Atila – Fotolia.com

Rechtssicherheit ist hohes Gut

Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Pflegeversicherung konzentrieren sich auf leistungsrechtliche Fragen. Die Forderung nach mehr Rechtssicherheit ist daher legitim. Viel wird auch von der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes abhängen.

vdek Wenn Sie auf Ihre Mandatierungen aus den letzten Jahren zurückblicken: Welches sind für Sie die hauptsächlichen Streitgegenstände im Bereich Pflege gewesen? Spielten dabei Themen wie „ärztliche Versorgung im Pflegeheim“ und „Entlassmanagement für Patienten, die aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim kommen“, eine Rolle?

Dr. Plantholz Unsere Mandate betrafen anfangs zu einem guten Teil die Veröffentlichung von Transparenzberichten, zuletzt mehr die Ermittlung leistungsgerechter Pflegesätze (dazu BSG, Urt. v. 29.1.2009, u.a. Az. B 3 P 7/08 R, und v. 17.12.2009, u.a. Az. B 3 P 3/08 R). Nach dem PNG hinzugetreten sind Schiedsverfahren über die zeitabhängige Vergütung ambulanter Pflege. Die ärztliche Versorgung im Pflegeheim hat uns bei der Frage befasst, ob die Begleitung von Bewohnern zu Arztpraxen Grundleistung und mit den heutigen Personalrichtwerten abzubilden ist (dazu VGH Mannheim, Urt. v. 9.7.2012, Az. 6 S 773/11). Kann ein Einrichtungsträger oder ein Versicherter Ausfallbürge sein, wenn dem Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung nicht genügt wird? Ob ein Einrichtungsträger selbst einen Arzt für die Versorgung einstellen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen kann (§§ 119a, 119b SGB V), war nur einmal Streitgegenstand. Das Entlassmanagement nimmt bei der Compliance-Prüfung Raum ein, wenn poststationär versorgende Leistungserbringer eingebunden werden.

Im Leistungsrecht ging es v.a. um neue Leistungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) und des Pflege neuordnungsgesetzes (PNG) wie den

Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) oder die Anrechnungsvorschriften für die Tagespflege (§ 41 Abs. 4 - 7 SGB XI). Das Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen hat dazu beigetragen, Streitigkeiten einzudämmen. In Bezug auf das Wahlrecht nach § 120 SGB XI und die „Übergangsvorschriften“ der §§ 123, 124 SGB XI besteht Klärungsbedarf zum Verhältnis zwischen Versicherten und dem Träger der Sozialhilfe.

vdek Bietet das Pflegestärkungsgesetz I Hilfestellungen, die Rechtsunsicherheit in diesen Themen zu überwinden?

Dr. Plantholz Das Gesetz führt zu erheblichen Leistungsverbesserungen und stärkt das Prinzip „ambulant vor stationär“, insbesondere durch die Kombination von ambulanter Pflege und Tagespflege und durch die Flexibilisierung der Verhinderungspflege. Aber es bewältigt nicht grundlegende Auslegungsprobleme. Das ist wohl auch nicht der Anspruch. Das Gesetz ist nur eine Brücke zur für 2017 angekündigten Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer richtigen Neuordnung. Bis dahin haben wir es noch stärker als bisher mit einem Flickenteppich zu tun. Besonders bemerkbar macht sich dies bei den zwar verbesserten, aber zerfaserten Ansprüchen in der ambulanten Versorgung. Schon bisher war es schwer, das Verhältnis zwischen Sachleistungsansprüchen nach §§ 36, 123, 124 und Kostenerstattungsansprüchen nach § 45 b SGB XI zu erklären. Nach der Neufassung des § 45 b SGB XI mit zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nimmt die Komplexität zu. Nicht in Anspruch genommene Beträge nach §§ 36,



DR. MARKUS PLANTHOLZ Fachanwalt für Medizinrecht

123 SGB XI können auch für Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch genommen werden. Die Flexibilisierung ist richtig. Aber dabei darf die Ordnung nicht verloren gehen. Ich halte es auch für falsch, dass bei sich überschneidenden Leistungen keine QM-Vorschriften für Betreuungs- und Entlastungsdienste nach § 45c SGB XI gelten wie bei nach § 72 SGB XI zugelassenen Diensten.

vdek Wenn Sie drei Wünsche frei hätten: Was sollte sich aus Ihrer Sicht in der Gesetzgebung des SGB XI ändern?

Dr. Plantholz Erstens: Will man eine weitergehende Zerfaserung von leistungsrechtlichen Ansprüchen vermeiden, müssen der Pflegebedürftigkeitsbegriff reformiert und Ansprüche geordnet werden. Zweitens: Der Gesetzgeber redete im PfWG, erst recht in der Begründung des PNG der Flexibilisierung der Angebote das Wort. Er lässt die Akteure aber bei der Abgrenzung stationärer und ambulanter Versorgung und der Suche nach Zwischenformen alleine. Drittens: Die Schnittstellenprobleme müssen gelöst werden. Früher waren die Schnittstellen zwischen dem Heimvertragsrecht und dem SGB XI nicht abgestimmt; heute sind Schnittstellen zum Sozialhilferecht oder zwischen den Versorgungssektoren unklar. ■

ERSATZKASSENFORUM I

Auf die (gute) Pflege kommt es an!

Das Ersatzkassenforum widmete sich in diesem Jahr der Pflegereform. Deren erste Reformstufe ist im parlamentarischen Verfahren.

FOTO vdek



REFERENTEN UND DISKUSSIONSTEILNEHMER DES DIESJÄHRIGEN ERSATZKASSENFORUMS: Dr. Klaus Holst (vdek); Staatssekretärin Anja Naumann (SPD); Christian Zahn (vdek); Dagmar Zoschke (Die Linke); Cornelia Lüddemann (Die Grünen); Wigbert Schwenke (CDU); Petra Grimm-Benne (SPD) (von links)

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist eine echte sozialpolitische Errungenschaft, die es unter allen Umständen zu erhalten gilt.

Diesen Grundtenor nahmen beide Referenten und die Teilnehmer der Podiumsdiskussion auf. In ihren Darlegungen und Antworten forderten sie eine konstruktive Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (siehe Schlaglichter ...).

Staatssekretärin Anja Naumann führte unter anderem aus: „Die Neuausrichtung der Pflegepolitik ist mit Blick auf den demographischen Wandel dringend notwendig. Dazu gehört auch, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen. Durch das neue Bewertungssystem haben die Betroffenen endlich gleichberechtigten Zugang zu den Pflegeversicherungsleistungen.“

Der Verbandsvorsitzende Christian Zahn begrüßt ausdrücklich die Dynamisierung der Leistungsbeträge, hält aber vier Prozent zu gering. Er bedauert, dass „... die Politik sich zukünftig nur mit einem Prüfauftrag im Hinblick auf die Dynamisierung

begnügt. Warum schafft sie keine verbindlichen Regelungen, um die Leistungen der Pflegeversicherung vor einer schleichenden Entwertung zu schützen?“

Insgesamt begrüßen sowohl Sozialministerium als auch die Ersatzkassen die mit der Reform geplanten Leistungsverbesserungen und halten die dafür notwendige Anhebung des Beitragssatzes für vertretbar.

Fazit

Die Statements von Naumann und Zahn zeigen, dass sich der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz auf dem richtigen Weg befindet. Die Kritik der Opposition, wie etwa auch von den gesundheitspolitischen Sprechern vorgetragen, richtet sich auf den Umfang und die Art, wie diese Ressourcen in den Pflegesektor kommen sollen. Ob die finanzielle Unterstützung reicht, wird die Zukunft zeigen ... (siehe auch: www.vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html) ■

ERSATZKASSENFORUM II

Schlaglichter der Forumsdiskussion



FOTO vdek

Nach Auffassung von **Wigbert Schwenke** reicht die aktuelle Reform durch das Pflegestärkungsgesetz erst einmal aus. Er verweist anhand persönlicher Erlebnisse auf die abnehmende Bedeutung der Familien für die Pflege von Angehörigen.

Dagmar Zoschke vertritt die Position, dass die sachgerechte Verwendung von Versicherungsgeldern und Anlagen in Wertpapiere und Aktien über Vorsorgefonds nicht zusammenpassen. Sie unterstützt die Förderung neuer Wohnformen, hält die Reform aber insgesamt für unzureichend.

Cornelia Lüddemann schließt sich dieser Kritik an und bemängelt darüber hinaus die unzureichende finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung. Sie fordert den Pflegebedürftigkeitsbegriff schneller einzuführen und bringt die Einrichtung einer Pflegekammer in die Diskussion.

Für **Petra Grimm-Benne** ist die Einführung des Pflegevorsorgefonds ein „politischer Kompromiss“. Ihrer Meinung nach geht das Pflegestärkungsgesetz aber insgesamt in die richtige Richtung. Vehement fordert sie eine Ausbildungsoffensive und bessere Bezahlung im Pflegebereich, wobei im Forum insbesondere die Schere zwischen den Vergütungen „Ost“ und „West“ zum Thema wurde.

Sektorübergreifende Aufgaben fixieren

Das gemeinsame Landesgremium gem. §90a SGB V hat sich im letzten Jahr konstituiert, um mit möglichst allen Beteiligten über aktuelle sektorübergreifende Aufgaben zu sprechen. Was ist sektorübergreifend?

Nach Konstituierung und Klärung von Verfahrensfragen stehen Arbeitsinhalte auf der Tagesordnung eines gemeinsamen Landesgremiums, das sich unter der Leitung des Sozialministers mit Vertretern der Krankenkassen als Kostenträger den verschiedenen Verbänden und Vereinigungen der Leistungserbringer: Krankenhausgesellschaft, kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Städte- und Gemeindebund sowie Patientenvertreter zusammensetzt. Das Gremium behandelte in seiner ersten Sitzung folgende Themen:

- Rettungsdienst und Interhospitaltransfer – eine sektorübergreifende Versorgungsfrage,
- Schnittstellen- und Überleitungsmanagement zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung,
- ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen und
- Versorgung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen in Sachsen-Anhalt.

Das Thema Interhospitaltransfer schlägt seit der Kündigung des ITW-Vertrages durch das Städtische Klinikum Magdeburg Ende 2012 hohe Wellen. Es ist richtig, dass dieser Sachverhalt im gemeinsamen Landesgremium eine Plattform findet, wenngleich schon die Bezeichnung Interhospitaltransfer deutlich macht, dass es sich um eine Leistung innerhalb des Krankenhaussektors handelt. Eine Lösung dieser Versorgungsfrage können auf dem Vertragsweg nur Kostenträger und der Leistungserbringer finden. Der vdek hat seine Verhandlungsbereitschaft hierzu mehrfach signalisiert und erwartet eine



FOTO: veg – Fotolia.com

Abstimmung unter den betroffenen Kommunen und kreisfreien Städten, die zu einer Lösung im Sinne jener Strukturen, die bis zum 31.12.2012 galten, führen sollte.

Sachgerechte Lösungen

Das Schnittstellen- und Überleitungsmanagement ist ein Thema, das der Koalitionsvertrag auf Bundesebene bei den Krankenkassen verortet. Nichtsdestotrotz sind auch hier Gespräche zwischen allen Akteuren hilfreich, um die Versorgung von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt bestmöglich sicherzustellen. Die Verbände der Krankenkassen führen Gespräche mit ausgewählten Krankenhäusern, um so zu Best Practice Lösungen zu gelangen.

Die ambulante Versorgung von Patienten in Pflegeheimen gehört zum Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung. Eine Bestandsaufnahme soll hier zunächst zeigen, inwieweit diesbezüglich in Sachsen-Anhalt

Handlungsdruck besteht. Falls Hausärzte ihre Patienten nicht in allen Fällen auch als stationären Pflegefall betreuen, wäre über Verfahren, die die regelmäßige Versorgung aller Bewohner eines Pflegeheimes sicherstellen, nachzudenken.

»Das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann.«

(Platon)

Der vdek beteiligt sich konstruktiv an diesen Gesprächen. Diese können zum Verständnis und zur Entwicklung von Lösungsansätzen aktueller Versorgungslagen beitragen. Allerdings müssen die Beteiligten die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die das jeweilige Thema anspricht, beachten. ■

LANDESPOLITIK

Krankenhausplanung vs. Leistungsrecht: Der Fall Weißenfels

FOTO: Charito – Fotolia.com



Im vorliegenden Fall geht es um den Krankenhausplan 2012. Hier floss das Geriatriekonzept des Landes ein, in dem für eine wohnortnahe geriatrische Versorgung landesweit 14 Zentren definiert wurden. (siehe Hintergrund)

Das Asklepios Klinikum Weißenfels hatte nun die Leistungserbringung der Geriatrie im Rahmen eines Schiedsstellenverfahrens begehrt, ohne den Status eines geriatrischen Zentrums zu erfüllen.

Die Schiedsstelle entschied: Ein genereller Versorgungsauftrag für die innere Medizin schließe die Abrechnungsmöglichkeit für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ein. Dieses Urteil hebt die Krankenhausplanung für Sachsen-Anhalt aus, denn jedes der 37 Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag „Innere Medizin“, könnte die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abrechnen, ohne den Nachweis entsprechender Qualitätsstandards erbringen zu müssen.

In Sachsen-Anhalt, als von einer Alterung der Bevölkerung besonders betroffenes Bundesland, ist es aber bedeutsam, dass sich kein „Wildwuchs“, sondern ein abgestimmter Aufbau der geriatrischen Versorgung vollzieht.

Das Sozialministerium als Genehmigungsbehörde steht nun vor der Entscheidung, mit einer Nichtgenehmigung des Schiedsspruches die Krankenhausplanung des Landes zu sichern oder aber einer individuellen krankenhausinternen Planung den Vorrang zu geben.

Der vdek steht zum Krankenhausplan und fordert daher eine Nichtgenehmigung. Das Geriatriekonzept, mit klar definierten Schwerpunkten und der Konzentration auf einzelne Standorte, sollte durch die Hintertür keine Aushebelung erfahren. Sollte die Genehmigungsbehörde den Schiedsspruch akzeptieren, schwächt man nicht nur die eigene Planungskompetenz. Es wäre auch eine indirekte Aufforderung an die Krankenhäuser für Marktsondierungen und gezielten Mengenausweitungen unter primär pekuniären Gesichtspunkten (siehe nebenan).

HINTERGRUND

Geriatrie nicht nur eine Vergütungsfrage

Mit dem Schiedsspruch zum Fall Weißenfels existieren vorläufig zwei verschiedene Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistung bei gleicher Vergütung. Krankenhäuser mit „innerer Medizin“ müssen lediglich die Abrechnungsvoraussetzungen für die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung erfüllen, um dann gegenüber den Kostenträgern eine höhere Vergütung abrechnen zu können.

Die 14 Krankenhäuser mit geriatrischen Zentren erfüllen u.a. darüber hinaus nach dem Geriatriekonzept folgende Voraussetzungen:

- Leitung durch „Geriatrie-Facharzt“,
- mindestens zwei weitere Fachärzte Schwerpunkt klinische Geriatrie,
- Nachweis einer geriatrischen Arbeitsweise,
- strukturelle Voraussetzungen für frührehabilitative Behandlung,
- Nachweis einer kontinuierlichen Qualitätssicherung,
- fallabschließende Behandlung,
- geriatrischen Tageskliniken, für abgestufte wohnortnahe Wiedereingliederung der Patienten

(vgl. www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2009/Geriatrie02-06-09_i.pdf)
Nach Auffassung des vdek rechtfertigen erst diese erhöhten Aufwendungen eine höhere Vergütung für geriatrische Patienten.

MELDUNG

Nachfragen erwünscht?

Zweistellige (!) Gewinne erwarten private Krankenhausträger. Ist es nicht opportun solche Prognosen im Gesundheitswesen zu stellen? Laut der deutschen Krankenhausesellschaft schreiben 30 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland rote Zahlen.

Eingedenk „dunkelroter“ Finanzsituationen bei hiesigen Universitätsklinikum drängen sich folgende „Nachfragen“ auf:

Ist das Geld unserer Mitglieder dafür gedacht, u.a. 15-prozentige Renditeprognosen zu bedienen? Was sind Pflichten und wo liegen Grenzen, für das, was der Solidargemeinschaft finanziell zumuten ist? Wäre angesichts der ungleichmäßigen finanziellen Ausstattung der Häuser über einen Finanzausgleich zwischen Krankenhäusern nachzudenken? Welche Alternativen zum „Gegensteuern“ bieten sich an? (siehe nebenstehenden Beitrag)

BÜCHER

Hilfe für Pflegebedürftige

Die Broschüre stellt die verschiedenen Versorgungsformen – ambulant oder stationär – vor und zeigt dabei auch, welche finanziellen Leistungen die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt und wie zusätzlich Unterstützung durch die Sozialhilfe erlangt werden kann. Die 2. Auflage steht ganz im Zeichen der Pflegereform 2013, die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist.



Müller, Hesse, Wenzel
Pflegebedürftig – Was tun?
– Ein Ratgeber für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.
2. Auflage 2013, 64 S., € 4,90.
Verlag C. H. Beck, München

Rund um die Pflegeversicherung

Dieser Rechtsberater informiert über alle relevanten rechtlichen Aspekte rund um Pflege und Pflegeversicherung. Die rechtlichen Aspekte sind einfach aufbereitet und in einer verständlichen Sprache dargestellt. Ein ausführliches Sachregister, zahlreiche Beispiele, Musterberechnungen und Übersichten machen die Ausführungen anschaulich. Alle wichtigen Fragen sind umfassend beantwortet: Versicherungspflicht, Finanzierung und Organisation, Leistungsberechtigter Personenkreis, Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegekassen, Leistungserbringer und Qualitätssicherung sowie andere Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.



Schmidt, Merkel
Pflegeversicherung in Frage und Antwort.
Beck-Rechtsberater im dtv. Band 50738, 5. Aufl. 2013, XXIX, 205 S., € 9,90. Verlag C. H. Beck, München

SYMPOSIUM

Qualität als Planungsparameter

GRAFIK vdek



Die große Koalition möchte die Qualität in den Krankenhäusern transparenter machen. Qualität soll aber auch als Parameter Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder nehmen. Für die Bündelung aller relevanten Fragen und Daten wird ein Qualitätsinstitut gegründet. Reichen all diese Maßnahmen aus, um einen sachgerechten Strukturwandel im Krankenhaussektor zu befördern?

Wir haben zur Beantwortung dieser Frage Karsten Neumann und Astrid Wallrabenstein gewinnen können, die den Handlungsbedarf beleuchten. Vor diesem Hintergrund bewerten Ingo Kailuweit, Markus Rudolphi und Marina Kermer die aktuellen Anstrengungen des Gesetzgebers, die strukturellen Herausforderungen im Krankenhaussektor zu bewältigen.

Am zweiten Tag stellen die „Akteure“ auf Landesebene ihre Positionen zum Thema vor: Gösta Heelemann, Reinhard Nehring, Jan Hülsemann und Gerhard Jorch stellen ihre Thesen zur Umsetzung des GKV-FQWG auf und zur Diskussion.

Wann: am 27. und 28. November 2014
Wo: Herrenkrughotel Magdeburg
Referenten, Vorträge und den konkreten Ablauf entnehmen Sie bitte unserer Internetseite (www.vdek.com/LVen/SAH.html)

KURZ GEFASST

Gesundheitsziel Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen sind auch in Sachsen-Anhalt auf dem Vormarsch. Neben der kurativen Behandlung könnte Prävention helfen. Aber welche präventiven Ansätze sind wirkungsvoll? Die Diskussion über ein solches Gesundheitsziel ist in vollem Gange: Zieldefinition, Eingrenzung und Messbarkeit werden benötigt.

Selbsthilfeförderung

Selbsthilfekontaktstellen, -organisationen und -gruppen erhalten auch in diesem Jahr von den Krankenkassen umfangreiche finanzielle Unterstützung. Insgesamt wurden deutlich mehr als eine halbe Million Euro im Rahmen einer pauschalen Unterstützung von den Krankenkassen in Sachsen-Anhalt in diesen Tagen überwiesen. Zusätzliche Projektmittel im Rahmen der kassenindividuellen Förderung runden die Unterstützung ab. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurden dann Finanzmittel von fast einer Mio. Euro bereitgestellt.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt
des vdek e.V.

Schleifufer 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 middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2174