

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Petra Grimm-Benne, der neuen Sozialministerin | KOMMENTAR zum Koalitionsvertrag | ARZTHONORARE 2016 Was passiert in Sachsen-Anhalt?

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN · JULI 2016

NACHSCHLAGEWERK

Daten, Zahlen, Fakten 2016

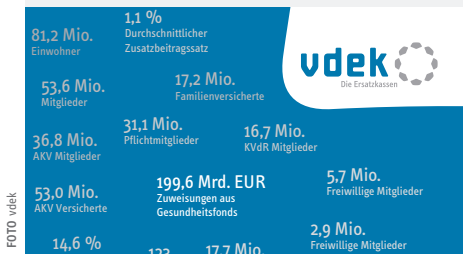


FOTO: vdek

Wie viel Geld wird in Deutschland und in Sachsen-Anhalt für Gesundheit ausgegeben? Wie lange liegen Patienten im Schnitt in den einzelnen Bundesländern im Krankenhaus? Und wie haben sich die Werte im Vergleich zum Vorjahr verändert? Antworten auf diese und weitere Fragen finden sich in den neu erschienenen „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2015/2016“, die zum 20. Mal veröffentlicht wurde.

Die Landesvertretung hat am 24.06.2016 die zugehörige Broschüre mit Daten für Sachsen-Anhalt vorgestellt. Die Broschüren geben dem Leser einen hervorragenden Überblick über bevölkerungs- und versichertenbezogene Kennzahlen, Finanz- und Strukturdaten der verschiedenen Versorgungsbereiche der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit. Angaben zum demografischen Wandel und zur Bevölkerung ergänzen die Daten zum Gesundheitswesen. Die Printausgaben können unter lv-sachsen-anhalt@vdek.com bestellt werden.

GESETZGEBUNG

Der Koalitionsvertrag 2016

Die neue Regierungskoalition hat sich auf ihr Programm für die Legislaturperiode von 2016 bis 2020 verständigt. Für den vdek ist von Belang, welche Vorhaben im Bereich der Gesundheitspolitik auf der Agenda stehen.

Das Sozialministerium unter der neuen Ministerin Grimm-Benne bezieht aus dem Koalitionsvertrag seine Aufgaben als Exekutive, die es in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens angehen wird.

wesentlichen Akteure Versorgungsfragen des Landes berät. Der vdek beteiligt sich an diesen politischen Zielen auch als Partner der Allianz für Allgemeinmedizin.

Der Krankenhaussektor

Die neue Regierung will eine qualitätsbasierte Krankenhausplanung durchsetzen. Wie das geht und was unter Qualität zu verstehen ist, darüber soll zunächst eine Verständigung unter möglichst allen Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses erfolgen. Das Thema steht auch in Berlin auf der Agenda, wo der gemeinsame Bundesausschuss planmäßig bis Ende 2016 entsprechende Rahmenempfehlungen zur Umsetzung in den Ländern vorgeben wird. Deshalb verlängert die Koalition den aktuellen Krankenhausplan 2016 um ein weiteres Jahr. Die Novellierung des Krankenhausgesetzes soll bis zur Mitte der Legislaturperiode erfolgen. Es wird darum gehen, in welchem Umfang Ergebnisse aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in eine Krankenhausplanung eingehen, die messbar, transparent und unabhängig von Manipulationen ist. Die Handhabung der künftigen Planung bedarf einer weitgehenden

Ambulant und stationär

Der Koalitionsvertrag hat einen Umfang von 145 Seiten. Er widmet sich auf sechs Seiten den aktuellen Themen der Kranken- und Pflegeversicherung. Es geht um den Zugang zu guter medizinischer Versorgung, indem auch die Digitalisierung weiter verbessert wird. Hausarztpraxen stehen im Mittelpunkt, wenn es darum geht, die demografischen Herausforderungen des Landes zu bewältigen. Nicht-ärztliche Tätigkeiten sollen möglichst nicht Ärzte erledigen. Hier kommt die mobile Praxisassistentin ins Spiel. Zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses sollen medizinische Versorgungszentren die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Diese Zentren thematisiert schon das letzte Gutachten des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen. Sie gehören auch zu den Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums, das unter Beteiligung aller



KOMMENTAR

Massai im Land der Frühaufsteher?



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

Nach der Wahl in Sachsen-Anhalt steht die Kenia-Koalition.

Das Zentrum der gesundheitspolitischen Vorhaben von schwarz rot grün dürfte die Novellierung des Krankenhausgesetzes bilden. Dabei wirft die Orientierung hin zu einer „qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ eine Menge Fragen auf. So ringt schon die Selbstverwaltung auf der Bundesebene um den Qualitätsbegriff. Was ist unter Qualität zu verstehen? Wie ist sie zu messen und wo liegt die Grenze zwischen guter und schlechter Qualität? Die Krankenhausgesellschaft als Vertreterin aller ihrer Mitglieder wird sich schwer tun, einfache und insofern umstrittene Antworten zuzulassen. Hinzu kommt, dass Zielkonflikte entstehen, wenn Sanktionen einschließlich der Schließung von Standorten in Erwägung gezogen werden, andererseits aber eine wohnortnahe Versorgung und die Interessen der Kommunen zu beachten sind.

Die Männer der Massai, dieser kriegerischen kenianischen Nomaden, zeigen ihre Stärke durch höchste Sprünge aus dem Stand. Drücken wir die Daumen, dass es unserer Kenia-Koalition in vergleichbarer Form gelingen möge, das neue Thema Qualität hilfreich und sachgerecht in die Krankenhäuser zu bringen. Der vdek unterstützt das und steht als verlässlicher Partner zur Seite.



Akzeptanz der Beteiligten. Hierzu wird auch die Vereinbarung von Grenzwerten gehören, die gute von schlechter Qualität trennen.

Ein altes Thema, das die deutsche Krankenhausgesellschaft seit Jahrzehnten moniert, ist die unzureichende Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder. Sachsen-Anhalt steht hier nicht alleine. Aufgrund des Doppelhaushaltes 2015/2016 gibt es aktuell jedoch keine Mittel für solche Maßnahmen. Dabei hat der Bundesgesetzgeber mit dem Strukturfonds die Option eröffnet, mit halbem Geld eine volle Landesfinanzierung anzubieten. Sachsen-Anhalt stünden gemäß Königsteiner Schlüssel inklusive des eigenen Beitrages jährlich rund 30 Millionen Euro zur Verfügung. Die Koalition hat das erkannt und stellt eine Ko-Finanzierung des Fonds in Aussicht. Dies könnte ein Nachtragshaushalt im laufenden Jahr 2016 umsetzen. Ein Wermutstropfen für die Krankenhäuser dürfte trotzdem bleiben: Die Verauslagung von Geldern aus dem Strukturfonds ist an enge Vorgaben geknüpft, die einen sachgerechten Strukturwandel im Krankenhaussektor einfordern. Hierauf legt der vdek großen Wert.

Die Krebsregister

Am Anfang einer Qualitätsdebatte steht immer die Erfassung der relevanten Daten. Dies tun die Krebsregister der neuen Bundesländer schon lange. Der Bundesgesetzgeber hat den Sinn dieser Datenerfassung erkannt und aufgegriffen, sodass es nun für alle Bundesländer gilt, die Information von stationären und ambulanten Krebstherapien an eine einzige landesweit agierende Stelle zu übermitteln. Dabei soll eine Erfassungsquote von mindestens 95 Prozent der Behandlungen erreicht werden. Dieses Ziel ist messbar und politisch konsentiert – möglicherweise eine Blaupause für die vielen Diskussionen um Qualität, die im Krankenhausbereich anstehen?

Die Koalition hat sich jedenfalls vorgenommen, die Erfassung aus den drei

bestehenden Registern in Magdeburg, Halle und Dessau zusammenzuführen, Dubletten zu vermeiden und einen einfachen Finanzierungsweg festzulegen. Das ist in der jüngsten Vergangenheit nicht zur Zufriedenheit der Kassenverbände erreicht worden. Die Vorgaben des Koalitionsvertrages könnten dieses Manko aber heilen. Das wäre ein messbarer politischer Erfolg für die Ministerin.

Prävention

Die Gesundheitsziele des Landes sind die Basis des künftigen Präventionsgesetzes. Um sie herum vereinbaren die verschiedenen Partner Projekte, die das Erreichen dieser Ziele unterstützen. So will die Koalition den Aufbau eines Landes-Diabetes-Registers prüfen. Dieses Register könnte die bestehenden Gesundheitsziele ergänzen. Nicht nur Krankenversicherungen, sondern auch Land, Unfall- und Rentenversicherung sollen künftig zusammenwirken, um sämtliche relevanten Projekte abzustimmen, Zuständigkeiten festzulegen und gemeinsames Handeln zu gewährleisten. Die Koalition kündigt darüber hinaus an, Projekte zur Prävention von Erkrankungen, etwa die des Herz-Kreislaufsystems, zur Sexuaufklärung oder zu Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit zu unterstützen.

Bei all diesen Ideen bleibt es natürlich richtig, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Löwenanteil für die Finanzierung dieser Leistungen aufbringt. Sie hat sich federführend darum gekümmert, das Gesetz in einer Entwurfsfassung zu erarbeiten und an alle künftigen Partner als Beratungsgrundlage zu übermitteln. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen die Mittel für Prävention sachgerecht so verwenden, wie sie es in der Vergangenheit schon getan haben. Deshalb kann sich die Koalition auf die Partnerschaft mit den Verbänden der Krankenkassen verlassen, auch was die Verabschiedung des neuen Präventionsgesetzes anbelangt. Der vdek setzt hier auf ein partnerschaftliches Miteinander

der Vertragsparteien unter Federführung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Psychiatrische Versorgung

Die neue Regierung geht von einer starken Zunahme an psychischen Krankheiten im Land aus und moniert „extrem lange Wartezeiten“ für ambulante Behandlungen, die abgebaut werden sollen. Hierzu soll das Gesetz über die Hilfen für psychisch Erkrankte und Schutzmaßnahmen des Landes bis zur Mitte der Legislaturperiode novelliert werden. Es geht um Zwangsbehandlungen, Psychiatrieplanung und Gemeindepsychiatrie.

Die Verbände hatten zuvor darauf hingewiesen, dass ihnen solche extremen Wartezeiten nicht bekannt sind. Sie betonen, dass die stationäre Psychiatrie Sache des Krankenhausplanungsausschusses ist, während die ambulante psychiatrische Versorgung zum Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigung gehört, die hierfür den Sicherstellungsauftrag inne hat. Beide Institutionen schreiben die Planung der zugehörigen Leistungsbereiche unter Berücksichtigung gemeldeter Bedarfe zeitnah fort. Sie haben dabei solche Feststellungen, wie sie der Koalitionsvertrag festhält, nicht erkennen und damit nicht treffen können. Der vdek weist darauf hin, dass Veränderungen in der Leistungsplanung bestehende Zuständigkeiten zwingend beachten müssen. So ist der Krankenhausplan Basis für die Zulassung und damit das Recht auf Abrechnung von Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Ähnliches gilt für den ambulanten Bereich und die Bedarfsplanung Ärzte. Wenn es dagegen im Rahmen einer Sozialplanung auf kommunaler Ebene allein darum gehen soll, den Bürgern das Angebot an Leistungen der Psychiatrie bekannt zu machen, wäre dagegen nichts einzuwenden.

Pflege

Die Stärkung von kommunalen Leistungen steht jedenfalls im Fokus der Pflegepolitik des Landes. Dies sollen Vernetzung,

Berichtswesen und die Förderung regionaler Strukturen erreichen. „Regionale Verantwortungsgemeinschaften, die kooperativ vor Ort bedarfsgerechte und kleinteilige Versorgungsstrukturen entwickeln, um individuelle Pflegemixe zu ermöglichen“, liegen der Koalition am Herzen. Eine Pflegekonzeption nach dem Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz Sachsen-Anhalt soll festlegen, was damit gemeint ist.

Der vdek begrüßt, dass die Regierung die vernetzte Pflegeberatung als Erfolgsmodell herausstellt und deren Weiterentwicklung auf Basis der Evaluationsberichte ausgebaut werden soll. Er geht davon aus, dass sich erweiterte Beratungsmöglichkeiten für die Kommunen, wie sie das avisierte Pflegestärkungsgesetz III vorsieht, für Sachsen-Anhalt innerhalb der vernetzten Pflegeberatung etablieren.

Rettungswesen

Die Verbände hatten von einer Stellungnahme zur Situation im Rettungswesen abgesehen. Der Koalitionsvertrag sieht unter Federführung des Innenministeriums vor, dass die Einhaltung der Hilfsfrist von 12 Minuten in den einzelnen Kommunen untersucht werden soll.

Der vdek begrüßt dieses Vorhaben, denn es dient der Qualitätssicherung im Rettungswesen. Sachsen-Anhalt ist trauriger Spitzenreiter bei Toten mit Herzinfarkt. Es ist der richtige Weg, auch deshalb bei der Erstversorgung anzusetzen, um potenzielle Defizite in der Schnelligkeit, der Behandlungswege und der Kommunikation zu beheben. Dabei bleibt zu beachten, dass die Leistungen unseres Rettungswesens hervorragend sind. Hilfsfristen variieren von Bundesland zu Bundesland, und so sollte eine sachgerechte Überprüfung dieser Frist unter Berücksichtigung von Verhältnismäßigkeiten kein Tabu sein. Die Ermittlung der Situation im Rettungswesen könnte ein jährlicher Qualitätsbericht liefern, der in Baden-Württemberg bereits seit einiger Zeit



FOTO BildPix.de – Fotolia.com

etabliert ist. Dieser enthält sämtliche Eintreffzeiten in Relation zur Hilfsfrist, gegliedert nach Kommunen.

Fazit

Die neue Koalition hat viele Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgegriffen und zu einer sachgerechten Aufgabe formuliert. Im Krankenhausbereich bleiben wichtige Punkte vorerst offen. So bleibt die Integration der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als Instrument für einen wirksamen Strukturwandel vorerst hinter den Worten des Koalitionsvertrages verborgen. Es kann sein, dass die Politik diesen Punkt aufgreift. Der Krankenhausplanungsausschuss hatte hierzu vor einem Jahr bereits einen fertigen Vorschlag auf den Tisch gelegt. Auch bleibt offen, wie genau die anstehende Qualitätsdebatte ausgehen wird und wann hier mit brauchbaren Ergebnissen zu rechnen ist. So bleibt der wichtigste Part im Bereich Gesundheit, der Krankenhausbereich, mit vielen Fragezeichen versehen.

Andererseits gibt es viele finanziell weniger wichtige Bereiche, die mit klaren Aufträgen glänzen: Dazu gehören die Vorgaben für das Landeskrebsregister, die Untersuchung der Leistungen im Rettungswesen und das Bekenntnis zur vernetzten Pflegeberatung. Es wird darauf ankommen, dass die politisch Verantwortlichen den Mut aufbringen, Manches, das als Makel angesehen werden könnte, aufzudecken, um daraufhin zu besseren Strukturen zu gelangen. Dabei wäre es hilfreich, für die einzelnen Bereiche konzeptgebunden Lösungswege vorzuzeichnen, um nicht schon zu Beginn der Arbeit an Einzelfragen zu scheitern. ■

Sozialministerin setzt auf konstruktives Miteinander

Ärztliche Versorgung, qualitätsbasierte Krankenhausplanung, Prävention und Innovationen: Das sind die Themen der Ministerin in der neuen Legislaturperiode. Den Erfolg ihrer Arbeit darf der vdek in vier Jahren beurteilen.

Der Koalitionsvertrag – eine Erfolgsgeschichte?

Der Koalitionsvertrag ist eine Arbeitsgrundlage. Wir haben wichtige Verabredungen zur Gesundheitspolitik getroffen. Jetzt geht es an die Umsetzung – und dann können Sie beurteilen, ob wir aus einer guten Vorlage eine Erfolgsgeschichte gemacht haben. Ich jedenfalls werde alles daran setzen, dass es eine Erfolgsgeschichte wird.

Welches der gesundheitspolitischen Ziele des Koalitionsvertrages ist für Sie am wichtigsten?

So ein Ranking mit Erstens, Zweitens und Drittens finde ich schwierig. Wir haben einige große Themen, die parallel bearbeitet werden müssen. Über allem steht der Leitsatz: Alle Sachsen-Anhalterinnen und Sachsen-Anhalter sollen Zugang zu guter medizinischer Versorgung haben. Unser Gesundheitssystem ist modern und leistungsfähig – sowohl im ambulanten Bereich mit niedergelassener Ärzteschaft als auch im Krankenhaussektor. Niemand muss also Sorge haben, im Krankheitsfall nicht angemessen behandelt zu werden. Und doch stellt uns die demografische Entwicklung vor Probleme. Die Menschen werden immer älter. Das ist gut so.

Aber: Mit zunehmendem Alter steigen auch Risiken. So nehmen chronische Erkrankungen zu. Auf der anderen Seite fehlen im Gesundheits- und Pflegebereich Fachkräfte. Hier brauchen wir kluge Modelle: Eine stärkere Werbung unter angehenden Medizinerinnen für das Fach Allgemeinmedizin, die Idee „Lokaler Gesundheitszentren“, Telematik-Angebote – das

spielt alles ineinander. Daneben steht als weitere Säule die konsequente Umsetzung einer qualitätsbasierten Krankenausplanung sowie der medizinischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung.

Welche Schwerpunkte werden Sie in Ihrer Arbeit setzen?

Die Hausarzt-Versorgung in ländlichen Regionen ist ganz klar ein Schwerpunktthema. Hausärzte und Hausärztinnen sind die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. So soll es auch bleiben. Um das zu sichern, wollen wir Ärztinnen und Ärzte von nicht ärztlichen Tätigkeiten entlasten. Effekte wird sicher die Fortentwicklung unseres Modells der Mobilen Praxisassistentinnen bringen. Auch wollen wir das Modell ausbauen, dass junge Ärztinnen und Ärzte nach der Facharztweiterbildung die Möglichkeit erhalten, sich nicht zwangsläufig selbstständig machen zu müssen, sondern in einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten zu können. Das schafft mehr Gestaltungsspielräume für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Setzen Sie für den erfolgreichen Abschluss der anstehenden Aufgaben vor allem auf Konsens?

Die Antwort kann knapp ausfallen, weil meine Linie sehr klar ist: Ja. Konsens ist mir wichtig. Darum will ich gerade in der ersten Zeit viel im Land unterwegs sein und mit den unterschiedlichen Akteuren und Akteuren reden – mit Patientenvertreterinnen, mit Leistungserbringern und Kostenträgern im Gesundheitswesen



PETRA GRIMM-BENNE, Ministerin für Arbeit, Soziales und Integration

FOTO: MS Sachsen-Anhalt

sowie den Selbstverwaltungsorganen und mit den vielen, die sich ehrenamtlich einbringen. Mit der „Allianz für Allgemeinmedizin Sachsen-Anhalt“ haben wir einen guten Rahmen, um im Dialog mit den Beteiligten Lösungen zu entwickeln. Diese Form der Kommunikation will ich nutzen und entwickeln.

Was wünschen Sie sich in Ihrer Zeit als Ministerin vom vdek?

Ich wünsche mir konstruktive Gespräche und gemeinsames Streiten in Sachen Gesundheitspolitik. Lassen Sie uns auch gemeinsam dafür werben, dass das neue Präventionsgesetz des Bundes mit Leben erfüllt wird. Es wird mehr Möglichkeiten für Gesundheitsaufklärung schaffen – beginnend in der Kita, über Schulen bis in die Arbeitswelt. Doch das Präventionsgesetz kann nur wirken, wenn sich die Menschen auch wirklich aktiv um ihre Gesundheit kümmern – und zwar nicht erst, wenn bereits erste Probleme drücken. Es liegt an Jedem und Jeder, gesund zu leben, sich abwechslungsreich zu ernähren, sich viel zu bewegen und nur in Maßen Genussmittel zu konsumieren. Ich möchte, dass wir gemeinsam den vor fast 20 Jahren gestarteten Gesundheitsziele-Prozess weiter gestalten. ■

Arzthonorare nach dem BSG-Urteil

Das Bundessozialgericht hatte am 13. August 2014 über die Eckpunkte des vertragsärztlichen Honorars in Sachsen-Anhalt entschieden. Hiernach bilden die Vorgaben des Bewertungsausschusses und insbesondere die Veränderungsraten von Diagnosen und Demografie zu gleichen Teilen die Basis für das Honorar des Folgejahres. In Sachsen-Anhalt tut man sich auch im Jahr 2016 allerdings nach wie vor schwer damit.

Der Bewertungsausschuss hat für das Jahr 2016 bundesweit empfohlen, den Orientierungswert für alle Leistungen, also den bundesweit einheitlichen Basispreis, um 1,62 Prozent zu steigern. Hinzu kommt eine rückwirkende höhere Bewertung psychiatrischer Leistungen sowie die Ausdeckelung dieser aus der Gesamtvergütung. Die vergütungsrelevante Veränderung der Morbiditätsstruktur wird durch die Gewichtung der Steigerungsrate zu den Behandlungsdiagnosen und der Steigerungsrate zu den demografischen Kriterien Alter und Geschlecht bestimmt. Die sogenannte Diagnose-Veränderungsrate betrug im Jahr 2016 2,9530 Prozent, die Demografie-Veränderungsrate lag bei 0,4360 Prozent.

Das ärztliche Gesamthonorar setzt sich aus einem budgetierten Bereich, der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, und einem außerbudgetären Bereich zusammen. Das Volumen des budgetierten Bereiches entspricht in etwa dem Produkt aus Punktmengenvolumen des Vorjahres mal Veränderungsrate und Orientierungswert, also dem Produkt von Menge und Preis. Abweichungen vom bundesweit einheitlichen Orientierungswert könnten dem Gesetz nach auf regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur fußen, aber auch in anderen sachlich begründeten Fällen greifen.

Tatsächlich gibt es lediglich in Hamburg und Hessen eine höhere Basisvergütung für ambulante Leistungen als im Rest der Republik (Tabelle 1), die die gesetzliche Krankenversicherung allerdings beklagt.

Die gerichtliche Auseinandersetzung zwischen den Verbänden und der KVSA

Übersicht – Honorarverhandlungen 2016			
KV-Bereich	Verhandlungsstand	OPW-Steigerung	Gewichtung
Bundesvorgabe		1,6% (10,4316 Ct.)	Diagnose : Demografie
Baden-Württemberg	Freivertraglich	1,60%	50:50
Bayern	Freivertraglich	1,60%	50:50
Berlin	Freivertraglich	1,60%	50:50
Brandenburg	Freivertraglich	1,60%	50:50
Bremen	Freivertraglich	1,60%	50:50
Hamburg*)	Eckpunkte 2016/2017	1,60%	50:50
Hessen**)	Freivertraglich	1,60%	50:50
Mecklenburg-Vorpommern	Freivertraglich	1,60%	50:50
Niedersachsen	Freivertraglich	1,60%	50:50
Nordrhein	Freivertraglich	1,60%	50:50
Westfalen-Lippe	Laufende Verhandlungen		
Rheinland-Pfalz	Freivertraglich	1,60%	58:42
Saarland	Freivertraglich	1,60%	50:50
Sachsen	Laufende Verhandlungen		
Sachsen-Anhalt	Schiedsamt	1,60%	70:30
Schleswig-Holstein	Honorarvertrag 2014-2016	1,60%	80:20
Thüringen	Freivertraglich	1,60%	50:50

*) Höherer Basis-PW; **) Höherer Basis-PW (1,1% Hessen-Zuschlag mit Vorbehaltsklausel)

zielte 2013 allerdings nicht auf den Orientierungswert, sondern unter anderem auf die zuvor benannten Veränderungsraten. Sie betragen in diesem Jahr 2,6931 und 0,7247 Prozent, und die damalige Schiedsstelle beschloss angesichts der festgefahrenen Verhandlungen, die Gewichtung für die Demografie-Rate auf null zu setzen. Die KVSA sollte also, was diesen Punkt anbelangte, in den Genuss von 2,6931 Prozent Honorarsteigerung kommen. Es stellte sich insbesondere auch die mathematisch interessante Frage, ob die aktuellen Regeln des Sozialgesetzbuches V eine Randlösung, nämlich eine Gewichtung der beiden Raten von 100:0, abdecken. Diese Frage hat das Bundessozialgericht abschlägig beurteilt und darüber hinaus festgelegt, dass Abweichungen von einer gleichgewichteten

Berücksichtigung beider Veränderungsraten gut begründet sein müssen. Eine Folgewirkung dieses Urteils ist es, dass in fast allen KV-Bezirken 2016 eine gleichgewichtete Bewertung der beiden Veränderungsraten vereinbart worden ist (Tabelle 1).

Darüber hinaus diskutiert man in Sachsen-Anhalt über diverse Sonderprogramme und Zuschläge, die Jahr für Jahr anwachsen. Dabei sind manche Leistungen, wie etwa die Zuschläge für Mammografie-Screening für den vdek unstrittig. Allerdings kommen immer neue außerordentliche Forderungen und Vorstellungen in die jährlichen Verhandlungen als Extraleistung dazu.

Das Honorar 2016 ist formal immer noch zwischen den Beteiligten streitig, ein Schiedsspruch steht ins Haus. Der vdek erwartet eine gesetzeskonforme Lösung. ■

MDK 2020 – Die neuen Vertreter der Ersatzkassen im Verwaltungsrat

Am 11. Dezember 2015 hielt der MDK Sachsen-Anhalt seine konstituierende Sitzung für die neue Amtsperiode ab. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen hatten im Vorfeld in bewährter Form über die Entsendung der von ihnen bestimmten Vertreter beschlossen.



DIE NEUEN VERTRETER DER ERSATZKASSEN: André Beier, Fatna Bischhaus und Roland Unzeitig

Da das GKV-Stärkungsgesetz erst zum Jahreswechsel in Kraft getreten ist, mussten hierzu nicht durchgängig Vertreter aus der Selbstverwaltung berufen werden. Dennoch haben die Ersatzkassen drei ihrer vier Sitze in dem mit 14 Stimmen ausgestatteten Gremium neu besetzt. Es ist davon auszugehen, dass die Arbeit des Verwaltungsrates ungeachtet dessen von Kontinuität gekennzeichnet sein wird. Denn die Ersatzkassen schätzen seine Dienstleistungen, und er erfüllt die Aufträge des Gesetzgebers ohne Probleme und mit ausreichendem Vorlauf.

André Beier

André Beier ist 38 Jahre alt. Er ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.

Nach seiner Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten arbeitete er in verschiedenen Funktionen bei der BARMER GEK. Er verließ die BARMER GEK als Referatsleiter in einer Regionalgeschäftsstelle und war dort insgesamt

von 1997 bis 2009 tätig. In diesem Jahr wechselte er zum Ersatzkassenverband nach Berlin, in die Verbandszentrale. Dort war er bis 2012 Referent für Leistungsrecht und Grundsatzfragen der Sozialen Pflegeversicherung. 2012 dann nahm er ein Angebot des GKV-Spitzenverbandes an, um als Fachreferent in der Abteilung Telematik/IT-Management zu arbeiten. Er ist dort aktuell beschäftigt.

Fatna Bischhaus

Fatna Bischhaus wurde am 17.01.1948 geboren. Nach Abgang aus der 10. Klasse hat sie eine Ausbildung zur Steuerfachgehilfin absolviert und ist schon kurze Zeit später zur BfA, der heutigen Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), gegangen. Nachdem sie zunächst in einigen Leistungsabteilungen tätig war, hat sie seit 1976 in unterschiedlichen Personalvertretungen als freigestelltes Mitglied gearbeitet. Ab dem Jahr 1991 war sie Vorsitzende des Gesamt- bzw. Hauptpersonalrates. Es gab ein kurzes

Intermezzo, als sie 1996 aus der Freistellung ausgeschieden war und von Mitte 1996 bis Ende 1999 als Verwaltungsleiterin/Kaufmännische Direktorin die Reha-Klinik Utersum der damaligen BfA auf der Insel Föhr leitete. Wegen der politischen Debatte um die zukünftige Organisation der Rentenversicherung und damit auch der BfA ist sie dann zurückgekehrt, um sich in diese Debatte einbringen zu können. Am 01.04.2013 ist sie nach 49 Jahren ununterbrochener Tätigkeit (einschließlich Ausbildungszeit) in Rente gegangen.

Roland Unzeitig

Roland Unzeitig wohnt in Niedersachsen und ist als Zahntechnikermeister nach der Wende in Sachsen-Anhalt beruflich aktiv geworden. Seit 1994 ist er selbstständig in Magdeburg tätig. Seit dem Jahr 2000 ist er Obermeister der hiesigen Zahntechnikerinnung. Weiterhin hat er sich zum vereidigten Sachverständigen der Handwerkskammer qualifiziert. Die Finanzierung zahntechnischer Leistungen lag ihm schon immer am Herzen, sodass er im Jahre 2003 zum Mitglied des Verwaltungsrates der damals neu gegründeten IKK Direkt gewählt wurde. Dieses Amt entfiel mit der Fusion zwischen IKK Direkt und Techniker Krankenkasse im Jahr 2009. Roland Unzeitig nutzte die veränderte Lage, um nun Vorsitzender des Widerspruchsausschusses der Techniker Krankenkasse sowie dort Mitglied des Verwaltungsrates zu werden. Er ist zudem Verwaltungsratsmitglied des GKV-Spitzenverbandes. ■

PRÄVENTION

Wohin mit dem Geld für Prävention?

Prävention trägt zum Erhalt der Gesundheit bei. Manche wissen das schon lange und betreiben Sport, ernähren sich gesund. Andere brauchen Beratung und Anleitung. Darüber hinaus kümmern sich Betriebe und Selbsthilfegruppen um spezifische Belange. Das neue Präventionsgesetz will diese Unterstützung mit viel Geld weiter voranbringen.

Das Präventionsgesetz sieht für das Jahr 2016 vor, dass die gesetzliche Krankenversicherung für jeden ihrer Versicherten sieben Euro ausgeben soll. Das ist mehr als eine Verdoppelung des bisherigen Jahresbetrages in Höhe von 3,17 Euro. Doch wofür soll dieses Geld Verwendung finden? Mindestens zwei von den benannten sieben Euro sollen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben werden. Falls das nicht gelingt, wird nicht ausgegebenes Geld in das Folgejahr übertragen. Die anderen fünf Euro stehen insbesondere für die Förderung der Selbsthilfe und für Schutzimpfungen zur Verfügung.

Im Fokus des neuen Präventionsgesetzes stehen allerdings die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung. Diese sollen, da gerade auch die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Sache von Unfall- und Rentenversicherung ist, innerhalb einer Landesrahmenvereinbarung koordiniert und abgestimmt werden. Die Landesrahmenvereinbarung stellt die nationale Präventionsstrategie voran, um das Zusammenwirken von gesetzlichen Krankenversicherungen, Unfall- und Rentenversicherung sowie dem Sozialministerium des Landes in den zuvor genannten Bereichen festzuschreiben. Die Bundesempfehlung inklusive

der Verständigung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, Renten- und Unfallversicherung hierfür liegt seit Juni 2016 vor.

Die Verbände der Krankenkassen halten sich in Sachsen-Anhalt eng an diese Bundesempfehlung. Sie listet die gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Ziele und Handlungsfelder, koordiniert die Leistungen der Beteiligten durch Regelung von Zuständigkeiten und die Eröffnung gemeinsamer Projekte und Vorhaben. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe vorgesehen.

Die Verbände haben sich inzwischen auf einen Entwurf der Landesrahmenvereinbarung verständigt, der dem Sozialministerium und den anderen Trägern der Sozialversicherung vorliegt. Die Verbände sind bestrebt, die finanziellen Mittel für diese Leistungen innerhalb der jeweiligen Zuständigkeit zu verwenden. Sogenannte „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Vertragspartnern sollen nicht entstehen. Außerdem soll die Koordinierung der Leistungen mit geringstmöglichem Aufwand betrieben werden: Die bisherigen Abstimmungsverfahren unter den Verbänden könnten Maßstab für die künftige Koordinierung der Landesrahmenvereinbarung sein. Aber entscheidend für den Erfolg des Miteinanders wird die Kommunikation und Umsetzung erfolgreicher Projekte sein. Die Verbände haben den Grundstein hierfür gelegt. ■

INNOVATIONSFONDS

Viel Geld für neue Ideen

Der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen (G-BA) hat Schwerpunkte für den Innovationsfonds festgelegt. Es können sich jeweils thematisch offene sowie themenspezifische Projekte bewerben.

In einer ersten Ausschreibungswelle für den Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ sollen Ideen gefördert werden, die die Versorgung in strukturschwachen oder ländlichen Gegenden verbessern. Hinzu können auch Versorgungsmodelle kommen, die unter anderem Telemedizin und E-Health nutzen. Wichtig ist dem G-BA die Arzneimitteltherapie und Arzneimitteltherapiesicherheit. Auch Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen wie ältere oder pflegebedürftige Menschen, Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit psychischen oder seltenen Erkrankungen können gefördert werden.

Für den Förderbereich „Versorgungsforschung“ werden z.B. Projekte gesucht, die die Qualitätssicherung und Patientensicherheit weiterentwickeln oder die Folgen von Bürokratie auf die Patientenversorgung untersuchen. Auch Konzepte, die die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung verbessern, können vorgeschlagen werden.

Insgesamt werden im Innovationsfonds bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stehen. Ziel ist es, innovative sektorenübergreifende Projekte zu fördern, die Aussicht haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Auch die Ersatzkassen werden sich aktiv an der Erarbeitung innovativer Versorgungskonzepte beteiligen.

BÜCHER

Das Geschäft mit dem Krebs

Die Familie, in der niemand Krebs hatte, wird statistisch gesehen bald die Ausnahme sein. Darauf weist der Wissenschaftler, Arzt und Politiker Karl Lauterbach gleich zu Anfang seines Werks hin. Er beschreibt, wie rund um die Volkskrankheit eine ganze Industrie entstanden ist, die oftmals den Profit mehr im Fokus hat als die Heilung oder die Steigerung der Lebensqualität des Patienten. Wer mehr über die Prävention der Krankheit weiß und die Mechanismen der Industrie versteht, hat bessere Chancen im Kampf gegen den Krebs, so das Credo des Autors.



Karl Lauterbach
Die Krebs-Industrie
287 Seiten, 19,95 Euro,
Rowohlt Verlag, Berlin

Gegen die Angst vor dem Pils

Die Ängstlichen davon zu überzeugen, ihren Widerstand gegen das Impfen aufzugeben – das ist das Ziel des Buchs der Essayistin Eula Biss. In ihrem eleganten Text, der immunologische Studien genauso darstellt wie Erkenntnisse der Kulturgeschichte, argumentiert sie, dass der Blick vom einzelnen Kind auf die Schutzbedürftigkeit der Gemeinschaft wandern sollte – etwa auf Ältere und Babys, die noch nicht geimpft werden können. In den USA löste das Buch Diskussionen aus und fand prominente Unterstützer wie etwa Bill Gates.



Eula Biss
Immun: Über das Impfen
– von Zweifel, Angst und
Verantwortung
240 Seiten, 19,90 Euro,
Carl Hanser Verlag, München

ABSTIMMUNG

Countdown läuft: Sozialwahl 2017



DIE SELBSTVERWALTUNG
Für Gesundheit & Rente

GRAFIK selbstverwaltung.de

In gut einem Jahr ist es wieder so weit: Am 31. Mai 2017 findet die nächste Sozialwahl statt. Bei ihr geht es um die Zukunftsthemen Gesundheit und Rente. Die Wahl ist das Kernstück der Demokratie in der Sozialversicherung: Alle sechs Jahre haben gesetzlich Krankenversicherte die Chance, die Zusammensetzung der Verwaltungsräte zu bestimmen. Der Verwaltungsrat ist das wichtigste Entscheidungsgremium einer Krankenkasse, quasi ihr Parlament. Er trifft Grundsatzentscheidungen, von denen die Versicherten direkt betroffen sind und entwickelt zum Beispiel Satzungsleistungen wie etwa Bonusprogramme oder Wahltarife. Außerdem kontrolliert der Rat den Vorstand einer Kasse und verabschiedet den Haushalt.

Die Sozialwahl ist eine Listenwahl: Auf dem Wahlzettel stehen keine Personen, sondern Namen der Organisationen, die Kandidaten in die Gremien entsenden wollen. Zur Wahl stehen zum Beispiel Gewerkschaften oder andere selbstständige Arbeitnehmergruppen. Ab Mitte Oktober können Vorschlagslisten eingereicht werden. Zu neuen Bundeswahlbeauftragten wurden die ehemalige CDU-Politikerin Rita Pawlowski und der ehemalige Vorsitzende der Industriegewerkschaft Bau, Klaus Wiesehügel, bestellt. Pawlowski ist die erste Frau in diesem Amt.

GENERALISIERUNG

Pflegeberufereformgesetz eröffnet Chancen

Die Bundesregierung will im Pflegeberufereformgesetz die Ausbildung von Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflegern zusammenlegen und damit generalisieren. Dazu wird die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/mann eingeführt. Ob die Zusammenführung die gewünschten Ergebnisse bringt, hängt von der Gestaltung der Ausbildungsinhalte ab.

Der vdek begrüßt, dass die Zugangsvoraussetzungen niedrigschwellig bleiben sollen. So können auch Menschen mit Hauptschulabschluss eine Pflegeausbildung absolvieren. Die bundesweit geplante Abschaffung des Schulgeldes ist überfällig, da es für zahlreiche Interessenten eine Hürde darstellte. In den geplanten Landesausgleichsfonds zahlen Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, das jeweilige Bundesland und die soziale und die private Pflegeversicherung ein. Nach Angaben der zuständigen Ministerien wird sich die Ausbildung von 2,41 Milliarden Euro auf über 2,72 Milliarden Euro verteuern.

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

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2174