

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN Das Ringen um einen gesellschaftlichen Konsens | INTERVIEW mit der Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt | KOMMENTAR zur Errichtung des Landeskrebsregister

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2016

GESETZGEBUNG BUND

Anspruch auf Medikationsplan



FOTO: grafikkusfoto - Fotolia.com

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, einen Anspruch auf die Erstellung sowie Aktualisierung eines Medikationsplans. Ziel ist es, Patienten bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente zu unterstützen. Mit dem Medikationsplan können zukünftig Verordnungen aller Ärzte eines Patienten sowie die Selbstmedikation auf einem einheitlichen Medikationsplan erfasst werden. In der Regel wird dieser vom Hausarzt ausgestellt und aktualisiert. Aktualisierungen durch mitbehandelnde Ärzte sind ebenfalls möglich. Die Apotheke ergänzt den Medikationsplan auf Wunsch des Patienten um die in der Apotheke abgegebenen Arzneimittel. Vorerst wird der Medikationsplan in Papierform ausgefertigt. Ziel ist jedoch, ihn spätestens 2019 auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern.

GESUNDHEITSPOLITIK

Qualität im Gesundheitswesen

Wir brauchen einen gesellschaftlichen Konsens über den ökonomischen Rahmen, innerhalb dessen die „Akteure“ in die Lage versetzt werden, allein unter medizinischen Aspekten zu entscheiden. Gewinnmaximierung darf dabei keine Kategorie sein, Qualität aber schon.

Qualität ist, wenn der Kunde wiederkommt. Möchte man meinen, aber für das Gesundheitswesen sollte eher das Gegenteil gelten: Qualität wäre hier, wenn der Patient nicht wiederkommen muss! Um die Qualität von medizinischen Behandlungen zu beurteilen, ist eben nicht nur das „Gefallen“ des Kunden, wenn man den Patienten so sehen will, gefragt, sondern vor allem die Einschätzung der Fachleute, in erster Linie der Mediziner.

Erwartungen vs. Effizienz

Der Patient hat in den allermeisten Fällen nicht das Wissen, um seine Behandlung und deren Alternativen fachlich bewerten zu können. Und sein Eigeninteresse, die einzelne Leistung zu wirtschaftlichen Konditionen zu erhalten, ist grundsätzlich auch nicht gegeben, da ja seine Krankenversicherung, von den Zuzahlungen mal abgesehen, dafür aufzukommen hat. Dafür erwartet er aber hohe und höchste Qualität von vorn herein.

Krankenversicherungen, die im Preiswettbewerb stehen, haben also aus oben genannten Grund offensichtlich das größte Interesse an wirtschaftlichen

Ergebnissen. Zur Wirtschaftlichkeit gehört hier allerdings auch, dass nicht nur die Kosten einer medizinischen Behandlung, sondern auch deren Folgekosten möglichst gering ausfallen. Das Streben nach Wirtschaftlichkeit und hoher Versorgungsqualität fallen also bei langfristiger Betrachtung der Behandlung eines Patienten zusammen. Daraus wäre dann auch die Rolle der Krankenversicherung als Beauftragter der Versicherungsgemeinschaft bzw. der Patienten zu verstehen, die Finanzmittel ihrer Mitglieder an medizinische Behandlungen mit hoher Qualität zu binden.

Allerdings erfährt die Krankenversicherung in vielen Fällen erst im Nachhinein von der Behandlung ihrer Versicherten. So kann eine Beratung oder Steuerung in vielen Fällen nicht greifen. Wenn eine Krankenversicherung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit Gutachten und Prüfungen beauftragt, erfolgen diese in den allermeisten Fällen im Nachhinein. Das ist für eine begleitende Qualitätssicherung allerdings zu spät, erlaubt aber immerhin über die Summe der Fälle eine Einschätzung über die Arbeit des Leistungserbringers im Nachhinein, die



Wir schaffen das



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

FOTO: vdek

Der Bundesgesetzgeber beschreibt die Aufgaben und die Finanzierung der Landeskrebsregister. Die Koalition hat sich die Umsetzung auf die Fahnen geschrieben. Blaupausen aus anderen Bundesländern liegen vor, und die gesetzliche Krankenversicherung bekennt sich zu ihrer Finanzierungsverpflichtung! Also ist das Landeskrebsregister Sachsen-Anhalt schnell gemacht?

Mitnichten!

Die neuen Bundesländer tragen allesamt die Bürde der „frühen Geburt“. Ihre regionalen Register existieren schon lange. Sie sind die Inspiration des Gesetzgebers, die Erfassung von Daten über Krebsbehandlungen bundesweit zu regeln. Nun gilt es, gewachsene Strukturen zu überführen, Verantwortlichkeiten zu regeln und finanzielle Zuständigkeiten festzulegen. Mit der Ärztekammer bietet eine Organisation ihre Unterstützung an, die Erfahrungen mit der Datenerfassung und -auswertung zur Qualitätssicherung im Krankenhaus mitbringt.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Aufgaben bis heute kulant erfüllt. Das sollte die Basis für das Vertrauen bilden, trotz rechtlicher und finanzieller Unwägbarkeiten Regeln zu verabschieden. Wenn der Gesetzgeber im Land den ordnungspolitischen Rahmen, die Vorgaben der Bundesgesetzgebung und damit auch seinen eigenen Haushalt ausgerichtet hat, sollte er den Mut haben, das Landeskrebsregister bald zu verabschieden.



eine nachgelagerte Qualitätssicherung ermöglicht.

Ökonomie vs. Medizin

Die Leistungserbringer, also die Krankenhäuser, Ärzte und Zahnärzte, haben aber auch selbst ein hohes Interesse an höchstmöglicher Qualität ihrer Leistungen. Berufsethos, die Hinwendung zum Patienten, aber auch die Gewährleistung von Reputation und Vertrauen sind maßgeblich im Zusammenwirken von Arzt und Patienten. Es kann jedoch nicht außerhalb der Betrachtung bleiben, dass ökonomische Zwänge der Vergütungssysteme dazu beitragen, verstärkt auch Umsatzziele zu verfolgen.

Im Krankenhausbereich bestimmt das DRG-System die Budgetentwicklung. Die Mehrung von Einzelfällen schafft Gewinne, wenn die Kosten des Hauses im Großen und Ganzen gegeben sind. Darüber verhandeln die Verbände aktuell mit der Krankenhausgesellschaft, wenn es um die Einführung des Fixkostendegressionsabschlages geht. Im KV-Bereich geht das Streben nach Ausdeckelung von Leistungen immer weiter, um die budgetären Fesseln los zu werden. Doch ist eine Vollfinanzierung von vermehrten Fallzahlen tatsächlich im Sinne der Qualität?

Gesetze & Gremien

Der Gesetzgeber hat diese Situation und Frage erkannt und mit verschiedenen Gesetzen und der Errichtung von Institutionen reagiert.

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt



FOTO: Schmechel - vdek

damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Seine Arbeit hat der G-BA am 1. Januar 2004 aufgenommen. Er ersetzte fünf der bisherigen Beschlussgremien: den Koordinierungsausschuss, die Bundesausschüsse Ärzte/Krankenkassen und Zahnärzte/Krankenkassen, den Bundesausschuss für Fragen

Vor »... allem im Interesse der Patienten, ist es aus meiner Sicht besonders wichtig, darauf zu achten, dass die Qualität stimmt.«

Christian Zahn, *Verbandsvorsitzender des vdek*

der Psychotherapie und den Ausschuss Krankenhaus.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erhielt der G-BA 2008 für seine Arbeit neue Strukturen. Seitdem werden alle Entscheidungen in einem einzigen, sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremium (Plenum) getroffen. Das gilt für ambulante, ärztliche und zahnärztliche, psychotherapeutische sowie stationäre Belange und Aspekte der Qualitätssicherung. Zugleich wurde die Zahl der stimmberechtigten Ausschussmitglieder reduziert. Krankenkassen und Leistungserbringer werden jetzt von jeweils fünf Delegierten vertreten. Patientenvertreter sind mit beratender Stimme in allen Gremien des G-BA beteiligt. Neben dem unparteiischen Vorsitzenden

gibt es zwei weitere unparteiische Mitglieder. Alle drei sind hauptamtlich für den G-BA tätig und übernehmen die Sitzungsleitung in den Unterausschüssen. Für seine Aufgabe, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, wurde beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet.

Die Entscheidungen des Gesetzgebers sollten zu einer effektiveren Arbeit der Selbstverwaltung in den oben bezeichneten Bereichen beitragen. Beschlüsse sollen so auf Basis einfacher Mehrheiten möglich werden, was Blockaden zuvor oftmals verhinderten. Allerdings stellen diese Veränderungen einen Eingriff in die Selbstverwaltung dar: Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder, die in vielen Fällen das Zünglein an der Waage ausmachen. So bestimmt nun der Staat in Grenzfällen die Leistungsentwicklung im Gesundheitswesen und nicht die Selbstverwaltung.

IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das Institut wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2004 als Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet. Der G-BA hat dem IQWiG im Dezember 2004 einen Generalauftrag erteilt, der im März 2008 erweitert wurde. Er ermöglicht es dem IQWiG, eigenständig Themen auszuwählen und wissenschaftlich zu bearbeiten. Die Themen müssen nicht mit dem G-BA oder dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) abgestimmt werden.

In den Jahren seit Gründung des Instituts kamen zahlreiche weitere Gesetze und Verordnungen hinzu, die sich direkt auf die Arbeit des IQWiG auswirken:

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG) eröffnet dem G-BA die Möglichkeit, das IQWiG mit Kosten-Nutzen-Bewertungen zu beauftragen. Auch sieht es die Beteiligung von Interessengruppen in „allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens“ vor. Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) und die Verordnung über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln (AM-NutzenV) bilden die

gesetzliche Basis für das Verfahren der frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel. Die Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ergänzt dabei den § 35a SGB V. Das Gesetz

»Die Erhaltung der Gesundheit beruht auf der Gleichstellung der Kräfte. Gesundheit dagegen beruht auf der ausgewogenen Mischung der Qualitäten.«
Hippokrates von Kos

zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) schafft die gesetzliche Basis dafür, dass der G-BA qualitative klinische Studien anstoßen kann, wenn bei Medizinprodukten oder Diagnoseverfahren das Potenzial einer Behandlungsalternative erkennbar ist. Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) soll eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherstellen. Es schafft unter anderem die gesetzliche Basis für die systematische Bewertung von besonders invasiven Medizinprodukten hoher Risikoklassen, die auf einem neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzept basieren.

Alle diese Bemühungen zielen auf eine Pflege und Weiterentwicklung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, mit bestmöglichem Sachverstand und auf Basis der verfügbaren relevanten Information. Aufgrund der beschriebenen Eigenschaften des Gesundheitswesens und dem Eigeninteresse der verschiedenen Akteure ist jedoch davon auszugehen, dass dies immer zweitbeste Lösungen bleiben. Denn Information und Transparenz bleiben immer unvollkommen. Hilfreich wäre es vielleicht, wenn die verschiedenen Finanzierungssysteme vermehrt die Eigenverantwortung der Leistungserbringer belohnen. ■



Sinnvolle Zusammenführung gefragt

Die große Koalition in Sachsen-Anhalt ist sich einig: Das Landeskrebsregister wird kommen und mit hoher Effektivität arbeiten. So steht es im Koalitionsvertrag und so sieht auch der Auftrag aus, dem sich das Sozialministerium angenommen hat.

Der Bundesgesetzgeber hat hierzu mit der Festlegung den Rahmen gesetzt, dass die Länder zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung klinische Krebsregister einrichten. Weiterhin hat sich die Deutsche Krebshilfe bereit erklärt, sich mit insgesamt 7,2 Millionen Euro an den Errichtungskosten zu beteiligen, wenn die Bundesländer jeweils mindestens 10 Prozent der Kosten tragen.

Warum lang und steinig?

Der bisher absolvierte Weg zu diesem landesweiten Krebsregister ist jedoch schon lang und steinig. Sachsen-Anhalt hat bisher und schon seit langer Zeit drei regionale Krebsregister, nämlich in Dessau, Halle und Magdeburg. Welches dieser drei Register als landesweites Register zentraler Abrechnungs- und Ansprechpartner für die gesetzliche Krankenversicherung werden soll, darüber hatte man sich am Ende nicht verständigen können. Die Verbände der Krankenkassen akzeptierten trotzdem eine Übergangsvereinbarung bis zum 31.12.2015, um die Erfassungen nicht zu gefährden. Die zugehörige Registrierungspauschale für Neuerkrankungen sorgte dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen bis 2015 insgesamt 1,866 Millionen Euro für die Erfassung der Neuerkrankungen in Sachsen-Anhalt an die drei Krebsregister entrichtet haben. Dabei stieg die Anzahl der registrierten Neuerkrankungen allein von 2014 zu 2015 um neun Prozent. Die Krebsregister erklären das damit, dass die Finanzierung der Krankenversicherung die Einstellung zusätzlichen Personals ermöglichte und Neuerkrankungen nun zeitnah erfasst werden. Trotzdem sorgen teils späte Lieferungen der Leistungserbringer immer noch für Zeitverzug. Dieser Zeitverzug liegt insbesondere auch am Fehlen des Landeskrebsregistergesetzes, denn dieses wird die Meldeverpflichtungen für die Leistungserbringer regeln. Das wird in Zukunft noch wichtiger werden, weil die Förderkriterien und der Koalitionsvertrag vollständige Erfassungen von mindestens 90 Prozent vorsehen. Sollte dieses Ziel nicht erreicht werden, stellt das Bundesgesetz finanzielle Sanktionen in „Aussicht“.

Das Patt zwischen den drei regionalen Krebsregistern im Land hat nun dazu geführt, dass die Beteiligten auf der Suche nach einem „lachenden“ Vierten sind. Das könnte die Ärztekammer sein, die jetzt schon den Lenkungsausschuss für die Qualitätssicherung im Krankenhaus betreut und als neutrale Institution eigentlich ideale Voraussetzungen mitbringt.

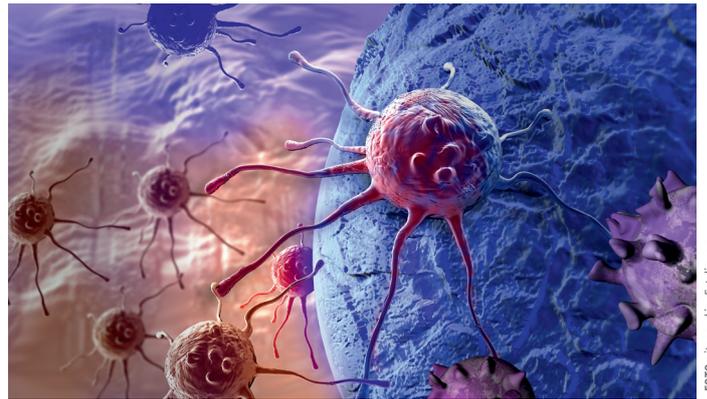


FOTO: vitaministi - Fotolia.com

KREBSZELLE

Beispiel Berlin/Brandenburg?

Ein Blick über die Landesgrenzen zeigt, dass Berlin und Brandenburg eine entsprechende Lösung gefunden haben: Die fünf regionalen Krebsregister des Landes Brandenburg gehören gemeinsam mit dem Krebsregister des Landes Berlin zum klinischen Krebsregister Berlin/Brandenburg als gemeinnützige GmbH, deren alleinige Gesellschafterin die Landesärztekammer Brandenburg ist. Fachaufsicht des Landeskrebsregisters ist die oberste Landesgesundheitsbehörde des Landes Brandenburg, die bei relevanten Fragen das Einvernehmen mit dem Land Berlin herstellt. Die Koordinierungsaufgaben der gGmbH und die Datenerfassung und –auswertung der regionalen Register sind organisatorisch räumlich und personell voneinander getrennt. Die bestehenden fünf bisherigen Register werden als dezentrale Registerstellen integriert. Es gibt eine Meldepflicht, die ein Bußgeld beinhaltet, wenn Meldungen von Leistungserbringern nicht oder verspätet erfolgen. Weiterhin gibt es einen wissenschaftlichen Beirat, der Empfehlungen ausspricht.

Fazit

Es ist also alles bereit: Die Bundesgesetzgebung verortet die Errichtungskosten für das Landeskrebsregister beim Land. Die laufenden Kosten sind von den gesetzlichen Krankenkassen zu 90 Prozent und vom Land zu 10 Prozent zu tragen. Die Landesärztekammer hat sich Verhandlungen zur Errichtung des Registers unter ihrer Organisation gestellt. Was nun folgen muss, ist ein Landeskrebsregistergesetz Sachsen-Anhalt, das dies entsprechend „nur noch“ festschreibt, meinen die Ersatzkassen! ■

INTERVIEW

Wie weiter mit dem Landeskrebsregister?

Die Landesregierung hat sich die Umsetzung inklusive einer 90-prozentigen Erfassungsquote auf die Fahnen geschrieben ...

Die Ärztekammer soll das künftige Landeskrebsregister führen. An welchen offenen Punkten scheitert bisher eine entsprechende Vereinbarung zwischen Kammer und Land?

Die Kammer kann außerhalb des ihr mit dem Gesetz über die Kammern für Heilberufe des Landes Sachsen-Anhalt (KGHB-LSA) zugewiesenen Rahmens nur Aufgaben übernehmen, wenn eine Rechtsgrundlage hierfür besteht und die Finanzierung sichergestellt ist. Beitragsmittel der Mitglieder dürfen hierfür nicht eingesetzt werden.

Um den Aufbau des Klinischen Krebsregisters zu übernehmen, bedarf es deshalb entweder des Gesetzes oder – wegen der kurzen Zeit, die noch zur Verfügung steht – einer vorgesetzten Verwaltungsvereinbarung, damit die Kammer bereits tätig werden kann. Deshalb hat die Kammer den Abschluss einer Verwaltungsvereinbarung vorgeschlagen, zu der sie bisher allerdings keinerlei Rückinformation erhalten hat.

Bisher liegt der Kammer lediglich ein Schreiben vor, in welchem mitgeteilt wird, dass das Land erwägt, die Kammer in die Errichtung des Klinischen Krebsregisters einzubeziehen, sodass für ein Tätigwerden der Kammer derzeit weder eine rechtliche Grundlage besteht, noch die Finanzierung der für den Aufbau eines Landeskrebsregisters erforderlichen Ausgaben geklärt ist.

Das Land will keine Kosten aus Gerichtsverfahren übernehmen, die es nicht verantwortet, genauso wenig wie die Ärztekammer. Gäbe es diesbezüglich keine trennscharfe Formulierung? Sind solche Gerichtsverfahren überhaupt zu erwarten? An dieser Stelle ist zunächst klarzustellen, dass der Aufbau des Klinischen

Krebsregisters eine Landesaufgabe ist, die der Kammer auf dem Wege der Beleihung übertragen werden könnte. Schon hieraus ergibt sich, dass die mit dem Aufbau eines Landeskrebsregisters verbundenen Risiken beim Land liegen.

Da wir keine Rückinformation zur vorgeschlagenen Verwaltungsvereinbarung erhalten haben, ist uns nicht bekannt, dass das Land keine Gerichtskosten tragen will.

Beim gegenwärtigen Informationsstand können wir das Risiko bezüglich ggf. erforderlicher Gerichtsverfahren nicht einschätzen. Uns ist nicht bekannt, inwieweit das Land bereits Zusagen erteilt hatte, die ggf. bei Übertragung auf die Kammer eingefordert werden könnten oder die ggf. eingefordert werden müssten.

Die Kammer muss jedoch absichern, dass ihr im Zusammenhang mit dem Aufbau des Klinischen Krebsregisters keine Kosten entstehen.

Das Land will finanzielle Gewissheit, um einen Nachtragshaushalt zu vermeiden. Sie wollen finanzielle Sicherheit, um aus einer zusätzlichen Aufgabe kein Verlustgeschäft zu machen. Ließen sich die damit verbundenen Unsicherheiten durch einen möglichst zielgenauen Finanzplan überwinden? Wäre es nicht ein Weg, Vereinbarung, Finanzierungszusage und Finanzplan gemeinsam an einem Tag zu unterschreiben?

Eine zielgenaue Finanzplanung ist beim gegenwärtigen Informationsstand nicht möglich. In der derzeitigen Phase können weder die zukünftigen Personalkosten noch die zukünftigen Betriebskosten sicher festgestellt werden.

• Die Kosten der EDV-Infrastruktur und der Kommunikationswege (z.B.:



DR. SIMONE HEINEMANN-MEERZ,
Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Hostingkosten, Telekommunikationsverträge, Wartungsverträge usw.) sind derzeit noch nicht kalkulierbar, weil die entsprechenden Konzepte noch nicht erarbeitet sind.

- Die Personalkosten sind noch nicht kalkulierbar, weil die Überleitung der Mitarbeiter gemäß des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) noch nicht vorbereitet werden kann.
- Die Einnahmen sind noch nicht wirklich kalkulierbar, weil noch zahlreiche Abrechnungsfragen ungeklärt sind, die elektronische Rechnungslegung mit den Kostenträgern noch in der Erprobungsphase steckt, es noch Streitfragen bezüglich der Altfälle gibt, noch zu klären bzw. auszuhandeln ist, wie mit den Einnahmen aus den bisher abgerechneten Fallpauschalen umgegangen wird usw.

Im Übrigen liegen dem Ministerium diverse Kalkulationen vor, auf die sich das Land zunächst stützen kann und auf deren Basis derzeit auch bereits Landesmittel an die drei Registerstellen fließen.

Weshalb diese Berechnungen ausreichen, den drei Registerstellen Mittel zuzuweisen, jedoch nicht dafür, diese Mittel der Ärztekammer für den Aufbau zuzuweisen, ist für uns nicht nachvollziehbar.

Was gehört zu den Errichtungskosten? Sind diese einzelnen Bestandteile nicht klar der Höhe nach zu beziffern?



SACHSEN-ANHALT



Zu den Errichtungskosten gehören, um nur drei der wesentlichsten Punkte herauszugreifen:

- a) die Kosten der Erarbeitung einer Konzeption für die Umsetzung der EDV-Infrastruktur des Klinischen Krebsregisters. Hierfür müssen beispielsweise ein Hardwarekonzept, die Vernetzungen, das Datensicherheitskonzept usw. erstellt werden. Da es sich um die Speicherung und Verarbeitung von hochsensiblen Daten handelt, sind diese Konzepte mit dem Landesdatenschutzbeauftragten zu beraten und zu konsentieren, ehe ein solches System ans Netz gehen kann. Hierfür müssen u.a. auch zwingend externe Fachexperten hinzugezogen werden.
- b) die Kosten der Personalüberleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der drei Registerstellen in das Landeskrebsregister. Hierzu gehören umfangreiche Verhandlungen mit den Betroffenen und deren Arbeitgebern. In deren Folge könnten sich Kosten für die Auflösung von Arbeitsverträgen, für die Überleitung von Anwartschaften aus Versorgungsansprüchen, für die Personalbeschaffung, wenn viele Mitarbeiter der Überleitung widersprechen usw. anfallen. Auch diesbezüglich müsste ein Fachanwalt hinzugezogen werden, dessen Kosten zu tragen sind.

- c) die Investitionskosten, die durch die Umsetzung der EDV-Infrastruktur oder für die erforderliche Beschaffung von Ausstattungen für die Büroarbeitsplätze entstehen.

In Abhängigkeit von den Auflagen des Datenschutzes müssen ggf. auch noch Serverkapazitäten oder Räume für das Rechenzentrum neu geschaffen werden.

Diese Aufzählung ist beispielhaft und bei Weitem nicht vollständig.

Wäre es nicht denkbar, im Zweifelsfall Kalkulationen aus benachbarten Ländern heranzuziehen? Wären verbleibende Unsicherheiten nicht etwa durch die Option einer Kreditaufnahme zu überwinden, die das Land im Haushalt 2018 inkl. Zinsen übernehmen könnte?

Kalkulationen aus benachbarten Ländern können insofern nur schwer herangezogen werden, weil es ein Klinisches Krebsregister in der bei uns angedachten Konstellation nur in Brandenburg gibt. Aus der Fachpresse ist uns bekannt, dass für das Klinische Krebsregister Berlin/Brandenburg von den Ländern Berlin und Brandenburg Anschubfinanzierungen in einem Umfang ca. 1,4 Millionen € geflossen sind. Zudem haben die Länder die vollen Kosten für das Projektmanagement getragen.

In anderen Bundesländern, in denen die Kammer in die Errichtung und den Betrieb des Klinischen Krebsregisters eingebunden sind, läuft die Finanzierung über den Landeshaushalt und die beteiligten Kammern erhalten alle bei ihnen anfallenden Kosten erstattet.

Inwieweit das Land für die Finanzierung einer solchen Aufgabe einen Kredit aufnehmen könnte, können wir nicht einschätzen.

Wenn diese hier angesprochenen Punkte konsentiert sind: Dann wäre das Placet der Ärztekammer zu erwarten?

Eine Entscheidung über die Übernahme der Landesaufgabe durch die Ärztekammer kann nur durch die Kammerversammlung getroffen werden. Für einen Beschluss der Kammerversammlung bedarf es einer rechtlichen Absicherung, dass der Ärztekammer alle, im Zusammenhang mit dem Klinischen Krebsregister entstehenden notwendigen Errichtungs- und Betriebskosten erstattet werden, soweit diese nicht durch Fördermittel oder Mittel aus der Regelfinanzierung abgedeckt sind und die Ärztekammer von der Haftung freigestellt wird.

Die Ladungsfrist für die Kammerversammlung beträgt drei Wochen. ■

KRANKENHÄUSER

Qualität in Krankenhausplanung

Die Landesregierung hat sich, was den Bereich Krankenhäuser betrifft, für die Fortgeltung des Krankenhausplanes im Jahr 2016 und die Novellierung des Krankenhausgesetzes bis zur Mitte der Legislaturperiode verständigt.

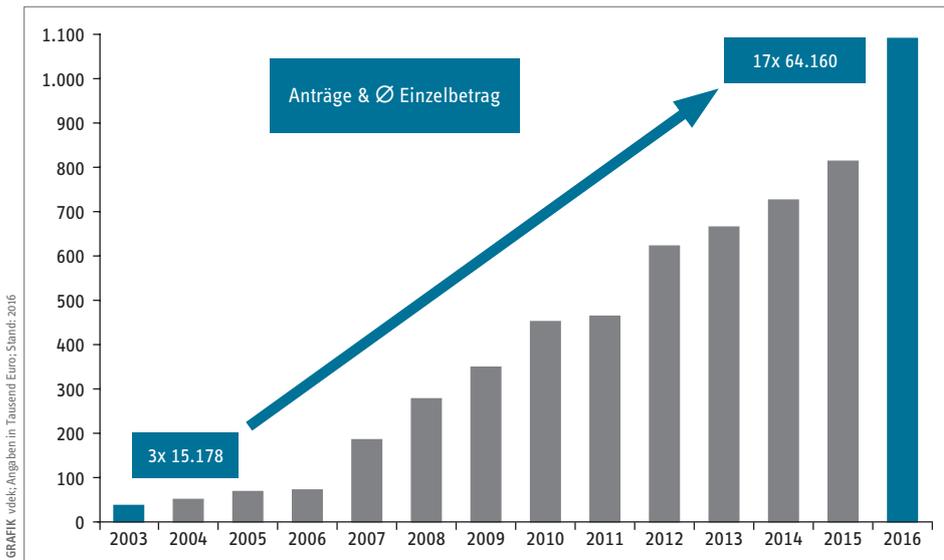
Der Krankenhausplanungsausschuss hat jetzt folgerichtig die Empfehlung getroffen, den bestehenden Krankenhausplan weitergelten zu lassen. Der Krankenhausplan des Landes entsteht auf der Grundlage der Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung, die etwa Aussagen über strukturelle Anforderungen sowie die voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs für die einzelnen Fachgebiete treffen. Die Ersatzkassen begrüßen diese Empfehlung und fordern, dass das avisierte Krankenhausgesetz die neuesten Entwicklungen auf der Bundebebene berücksichtigt.

Der gemeinsame Bundesausschuss (siehe Seite 7) wird erste Hinweise für die Qualitätsvorgaben bis zum Jahresende treffen. Er hat den Auftrag, rechtssichere Indikatoren zu finden, die eine gerichtsfeste Krankenhausplanung erlauben. Was den Bedarf anbelangt, ist aktuell die 6. Bevölkerungsprognose zu berücksichtigen. Die Ersatzkassen sehen es für förderlich und auch sinnvoll an, dass von dem Ministerium nicht nur das Landeskrankenhausgesetz überarbeitet wird, sondern damit korrespondierend auch die Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung. Was die Ersatzkassen nicht wollen, sind losgelöste Entscheidungen über einzelne Anträge von Krankenhäusern. „Wir brauchen den Blick fürs Ganze“.

VERSORGUNG

Das Sterben gehört zum Leben

Die Unterstützung der ambulanten, ehrenamtlichen Hospizarbeit ist in den letzten vierzehn Jahren sowohl hinsichtlich der Förderanzahl, als auch in der Höhe der finanziellen Unterstützung deutlich gewachsen.



FÖRDERUNG FÜR AMBULANTE HOSPIZE in Sachsen-Anhalt

Kaum etwas bewegt so sehr, wie die Begegnung mit dem Tod. Doch kaum etwas geschieht heute so sehr im Verborgenen wie das Sterben.

„Dem Sterben seinen natürlichen Lauf lassen“ – diese Forderung entstammt der Grundüberzeugung vieler, die sich in der Hospizbewegung in Deutschland engagieren.

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen sterbende Menschen mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Ziel ist die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität auch im letzten Lebensabschnitt. Notwendig hierfür ist eine professionelle Arbeit, welche durch Fachkräfte und Ehrenamtliche im Team geleistet wird. Im Hospiz werden unheilbare Krankheiten im Finalstadium behandelt. Aus diesem Grund muss ein stationäres Hospiz auf Möglichkeiten von Kriseninterventionen, körperlicher und psychischer Art eingerichtet sein.

Auch in Sachsen-Anhalt hat sich die Hospizbewegung sehr erfolgreich etabliert.

In den 17 ambulanten und sechs stationären Hospizeinrichtungen stehen die persönlichen Wünsche, sowie die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden im Mittelpunkt. Im Akutbereich vervollständigen 23 Krankenhäuser mit Palliativmedizinischen Komplexbehandlungen die medizinische Versorgung. Mit den stationären Hospizen in Magdeburg, Halle, Stendal, Dessau-Roßlau, Quedlinburg und dem Kinderhospiz in Magdeburg haben wir insgesamt sechs Standorte, die sich den Bedürfnissen und Rechten Sterbender annehmen. Mit den Hospizeinrichtungen in Bad Berka und Nordhausen in unserem benachbarten Bundesland Thüringen, die auch Einfluss auf die Versorgung von Gebieten im südlichen Sachsen-Anhalt haben, ist die stationäre Hospizversorgung ausreichend abgesichert.

Bei Fragen zur Leistungsbewilligung und Kostenübernahme von Hospizleistungen ist ihre Pflegekasse ein kompetenter Ansprechpartner. ■

WAS IST EIGENTLICH...

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA ist ein Gremium, das sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenhäuser und Ärzteschaft sowie mitberatenden Patientenvertretern zusammensetzt. Die vornehmliche Aufgabe des G-BA ist die Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Versicherten. Darüber ist der G-BA für eine Vielzahl von Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung zuständig.

So beauftragt der G-BA unabhängige wissenschaftliche Institutionen, die Messverfahren zur Behandlungsqualität in Krankenhäusern entwickeln. Die Messverfahren sind so gestaltet, dass eine Vergleichbarkeit unter den Krankenhäusern besteht. Zeigen sich Auffälligkeiten, die nicht auf statistischen Effekten beruhen, wird in Fachgesprächen nach den Ursachen und nach Lösungen gesucht. Ein Beispiel für die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist etwa die „Richtlinie zur Kinderherzchirurgie“, mit der die Anforderungen für die Erbringung kinderherzchirurgischer Eingriffe einheitlich vorgegeben werden. Dies sind Vorgaben für die Ausstattung der Krankenhäuser und fachliche Qualifikationen, über die Ärzte und Pflegekräfte verfügen müssen. Auch für den niedergelassenen ärztlichen und zahnärztlichen Bereich legt der G-BA Qualitätsanforderungen fest.

Der G-BA wird unabhängig durch einen Zuschlag auf jeden Behandlungsfall im Krankenhaus bzw. im niedergelassenen Bereich finanziert. Seine Sitzungen sind öffentlich und die Ergebnisse seiner Arbeit jederzeit im Internet einsehbar.

BÜCHER

Medizin- geschichte(n)

Wie kam es zur Entdeckung des Blutkreislaufs, wo man doch lange Zeit glaubte, die Leber produziere täglich Tausende von Litern Blut? Warum sind Hirnschrittmacher erst viel später als Herzschrittmacher auf der medizinischen Bühne erschienen, obwohl das Gehirn schon in der Antike trepaniert und erforscht wurde? Die Autoren beantworten diese und andere Fragen nicht nur wissenschaftlich exakt, sondern auch sehr unterhaltsam. Das Buch bietet in populärwissenschaftlicher Weise neues Lese- und Bildungsvergnügen.



Andreas Otte, Oliver Erens (Hg.)
Geschichte(n) der Medizin
2015, 180 S. 38 €
Gentner Verlag, Stuttgart

Patientensicherheit im Fokus

Im ambulanten wie im stationären Bereich unseres Gesundheitswesens erwarten Patienten, dass Diagnostik, Therapie und Pflege interdisziplinär organisiert sind. Die Versorgung muss sich am aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung orientieren und frei von vermeidbaren Risiken und Gefahren erfolgen. Das Buch gibt einen Überblick über Möglichkeiten, Forschungsergebnisse und anwendbare Präventionsmaßnahmen für Praxis und Klinik aus klinischer, psychologischer, betriebswirtschaftlicher, technischer und juristischer Perspektive.



Gausmann, Henninger,
Koppenberg (Hg.)
Patientensicherheits-
management
2015, XXXII, 590 S., 99,95 €
de Gruyter, Berlin

BROSCHÜRE

Neuer Pflegeleitfaden

Pflegeleitfaden und
Pflegeverzeichnis
Sachsen-Anhalt

Ausgabe 2016



FOTO: vdek

Für 2016 haben die Ersatzkassen gemeinsam mit dem VVA-Verlag erneut einen Pflegeleitfaden für Sachsen-Anhalt auf den Markt gebracht. Der Erfolg und die hohe Akzeptanz der Broschüre in den Vorjahren führten zur aktualisierten Auflage. Mit diesem handlichen Nachschlagewerk stellen die Ersatzkassen ihren Versicherten vor Ort bei der Suche nach Pflegeanbietern einen hilfreichen Service zur Verfügung. Sie ergänzen damit die Suchmöglichkeiten, die selbstverständlich auch über das Internet möglich sind (vgl. www.Pflegelotse.de).

Das Verzeichnis bietet einen Überblick aller Pflegeanbieter (unterteilt nach ambulanten und stationären Einrichtungen in Sachsen-Anhalt). Es ist nach Regionen gegliedert, sodass sich jeder Interessierte schnell über die zur Verfügung stehenden Einrichtungen in seinem regionalen Umfeld informieren kann. Der Pflegeleitfaden kann über die vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt kostenfrei bezogen werden. Er liegt aber auch bei Pflegediensten, in Apotheken und Krankenhäusern sowie bei allen Ersatzkassen aus. Außerdem kann er von der Internetseite der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt als Download heruntergeladen werden.
Link: www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Pressemitteilungen1.html

SOZIALWAHL 2017

Kandidaten werden aufgestellt

Sozialwahl
2017



Für Gesundheit & Rente

Is 17. November 2016 müssen die Listenträger ihre Vorschlagslisten einreichen. Bei den Ersatzkassen: Techniker Krankenkasse (TK), BARMER GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, hkk Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse wählen die Versicherten dann ihre Vertreter in die Verwaltungsräte. Kandidieren kann jeder Volljährige, der Interesse an ehrenamtlichem Engagement im sozialpolitischen Bereich hat und bestimmte Voraussetzungen erfüllt (u.a. seit sechs Jahren in Deutschland lebt). Die Sozialwahl wird als Briefwahl am 31. Mai 2017 bundesweit durchgeführt. Siehe: www.selbstverwaltung.de.

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