

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PATIENTENSICHERHEIT GROSSGESCHRIEBEN | KRANKENHAUSGESETZ im Anhörungsverfahren
BASISDATEN zu Krankenhausstrukturen | VERÄNDERUNGEN 2019

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2018

HERZGESUNDHEIT II

Für mehr Nachhaltigkeit sorgen



Initiative Herzgesundheit
in Sachsen-Anhalt.

Dass man in Sachsen-Anhalt in Sachen Herzinfarktsterblichkeit bundesweit an vorderer Stelle rangiert, ist Tatsache. Deshalb findet das erfolgreiche gemeinsame Agieren von Sozialministerium, der Initiative Herzgesundheit, der deutschen Herztiftung und weiterer Akteure und Institutionen aus dem Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt auf der ersten Herzwoche auch seine Fortsetzung. Diese mehrjährige Aufklärungskampagne zur Senkung des erhöhten Risikos einer Herzerkrankung ist kein Selbstläufer und bedarf einer abgestimmten Vorgehensweise aller Akteure.

„Wir müssen in der Frage der Herzgesundheit im Land für mehr Nachhaltigkeit sorgen“, so das Credo der Initiatoren.

Für die zweite Herzwoche im Juni 2019 sind die Vorbereitungen bereits angelaufen. Im bevorstehenden Jahr sind die Rettungsdienste Partner und tragen das Thema mit.

20. VDEK-SYMPOSIUM IM HERRENKRUG

Recht und Gerechtigkeit in Schiedsstellenverfahren

Das Bundesversicherungsamt hat der Ersatzkassenfamilie als Aufsichtsbehörde einige enge Vorgaben ins Stammbuch geschrieben, die künftig den Rahmen für Verträge maßgeblich bestimmen sollen.

Damit würde die Vertragsfreiheit auf der Landesebene spürbar eingeschränkt werden, sagen Leistungserbringer. Darüber, welcher Rahmen den Verhandlungsspielraum begrenzt, diskutierten im diesjährigen Symposium der Landesvertretung Vertreter der Schiedsämter, der Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Krankenhausgesellschaft und natürlich die der Kassenverbände. Die Vorsitzenden der Schiedsämter im Arzt-, Zahnarzt- und Krankenhausbereich stellten ihre Sicht auf die Rechtslage und die Lösungsmöglichkeiten bei streitigen Fällen dar.

Prof. Koriath, der das Schiedsamt für Krankenhausfragen im Land Sachsen-Anhalt leitet, blickte auf vergangene Verfahren zurück und die damit korrespondierende Rechtsprechung. Er stellte dar, wie der Gesetzgeber auf Auslegungsfragen reagiert. Die Gesetzgebung läuft damit den Verhandlungsgegenständen nach. Soweit eine Zeit mit großer Rechtssicherheit und damit verbunden geringer Anzahl an Schiedsverfahren eintritt, gelingt es, neue Themen und Gegenstände aufzugreifen, die in neue Gesetze münden

und so wieder offene Rechtsfragen und neue Schiedsverfahren eröffnen. Dieser Prozess schließt sich, wenn der Gesetzgeber daraufhin wiederum klärend eingreift. Koriath betonte mehrfach, dass eine einvernehmliche Lösung der Vertragsparteien immer günstiger ist als eine Entscheidung des Schiedsamtes. Er ermunterte die anwesenden Vertragsparteien zur Flexibilität und Toleranz in den Verhandlungen. Nur mit Verhandlungsbereitschaft und dem Mut, Kompromisse einzugehen, seien solche Lösungen möglich. Koriath zeigte sein Talent als Mediator, als er die Frage, ob er als Schiedsamtsvorsitzender im Bereich Hochschulambulanzen anders als die Vertragsparteien entschieden hätte, mit einem glatten Nein beantwortete.

Prof. Clemens führte zunächst zur Geschichte der Etablierung der heutigen Finanzarchitektur in der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung aus. Im Laufe der letzten 100 Jahre wurde das Beziehungs-viereck zwischen Patienten, Ärzten/Zahnärzten, Krankenversicherungen und kassen-(zahnärztlichen) Vereinigungen aufgebaut. Noch bis vor 10 Jahren war die Entwicklung der Einnahmen bei den

KOMMENTAR

Recht haben Recht bekommen



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

Es ist ja auch heute noch wie in der Geschichte von Michael Kohlhaas: Wer auf sein Recht pocht und Gerechtigkeit einfordert, der bekommt sie am Ende auch. Allerdings meist mit erheblichen Nebenwirkungen. Die Vertragspartner in Sachsen-Anhalt können von der Frustration offener und langwieriger Verfahren ein Lied singen. Dabei ginge es mit etwas Verhandlungsbereitschaft und etwas Mut zur Verantwortung wesentlich besser.

Wir hatten in unserem Symposium 2018 Vertreter des Bundesversicherungsamtes zu Gast. Von ihnen wurde mehrfach der Rahmen genannt, den die Gesetzes- und die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes setzen. Wir hatten alle Schiedsamtsvorsitzenden im Podium, die unisono über die Vorzüge frei-vertraglicher Lösungen ausführten. Warum tun wir uns trotzdem so schwer? Es scheint so, als wenn mancherorts immer noch geglaubt wird, dass Recht bekommen sich schon allein deshalb lohnt, weil die Gegenseite es einfach nicht besser weiß. Hinzu kommt, dass das neue Primat von Kostenkalkulationen Rechtsunsicherheit und Unwägbarkeiten erzeugt. Hoffen wir darauf, dass wir bald aus alledem lernen können und dann endlich wieder zu einer vertrauensvollen Vertragspartnerschaft finden.



gesetzlichen Krankenkassen auch die maßgebliche Größe für die Honorarverträge der Ärzte und Zahnärzte. Das hat sich wenigstens für die Ärzteschaft grundlegend gewandelt. An die Stelle der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen treten drei andere Veränderungsraten: Die des Orientierungswertes, also des Preises für die einzelnen ärztlichen Leistungen, sowie die der Demografie und der Diagnosen. Bei den Zahnärzten kann dagegen sehr wohl noch von einer Honorarbegrenzung durch die Einnahmensituation der Krankenkassen gesprochen werden. Schwierig bleibt die Bewertung der Kostenentwicklung in diesem Leistungsbereich, die der Gesetzgeber in den Fokus stellt.

»Gerichte sollte man meiden.«

Prof. Dr. Stefan Koriath

Prof. Robra beschäftigte sich als Vorsitzender des Schiedsamtes Ärzte mit einem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012, wonach eine Verbesserung der Versorgung für die Versicherten vorliegt, wenn sich mit Behandlungserfolg die Ergebnisqualität verbessert. Hiernach muss aus der Vereinbarung hervorgehen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und



DISKUSSIONEN AM RANDE: Prof. Thomas Clemens und Frau Elke Damann (Barmer)

inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann. Dies soll eine Evaluierung nach angemessener Zeit belegen. Robra versteht diese Vorgabe als „selbstverschuldeten“ Evaluationsauftrag nach Messung von Ergebnisqualität, der entfallen kann. Andererseits scheint es weniger konfliktbeladen, wenn die Vertragsparteien nicht die „plastischen Gestaltungsspielräume“ in Honorarverhandlungen nutzen, sondern besser gesonderte Struktur- und Prozessvereinbarungen mit „Pay for Performance“ planvoll erproben.

Thomas Ballast vertrat wie Prof. Koriath die überlegte Position, im Zweifel



DIE TEILNEHMER DES 20. SYMPOSIUMS haben sich zum Abschluss des ersten Tages zum Gruppenbild formiert.

eine Einigung auf dem Verhandlungswege zu erreichen. Nach seiner Beobachtung ist es im Arztbereich und Krankenhausbereich

»Priorität hat der Verhandlungsweg.«

Thomas Ballast (Vorstand Technikerkrankenkasse)

hilfreich, dass nach Vorgabe wesentlicher Parameter auf der Bundesebene mit wenigen Spielräumen auf der Landesebene dort

leichter einvernehmliche Ergebnisse zu erzielen sind. Im Zahnarztbereich stellt sich die Situation anders dar. Wenn es doch zu Schiedsverfahren kommen muss, sollten diese künftig schneller und effizienter abgewickelt werden.

Das Bundesversicherungsamt teilte dem vdek im Laufe des Jahres 2018 in verschiedenen KV-Bezirken auf dem Schriftwege mit, welche Kriterien bei Vertragsabschlüssen künftig zwingend zu beachten sind. Aufhänger für diese Klarstellungen mögen sogenannte

Upcoding-Verträge gewesen sein, die in einigen Ländern, insbesondere in der hausarztzentrierten Versorgung, abgeschlossen worden waren. Diese Verträge haben das Potenzial, das Leistungsgeschehen sachfremd durch monetäre Anreize zu steuern. Das Bundesversicherungsamt hat diese Vorgänge offensichtlich zum Anlass genommen, um bestehende Verträge generell auf Verträglichkeit mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu überprüfen (vgl. folgendes Interview). ■

INTERVIEW MIT ANTJE DOMSCHEIT (BVA)

Bundesversicherungsamt: Positionen zur Vertragsfreiheit auf Landesebene

Wie lautet Ihr Resümee zum Symposium?

Ich habe die durchaus kontroverse Diskussion als sehr konstruktiv verstanden. Es ist schon ein Novum, dass die drei im SGB V verankerten Schiedsgremien an einen Tisch und gemeinsam über Art und Gerechtigkeit in Schiedsverfahren ausgewogen debattieren. Wir haben uns als Aufsichtsbehörde ganz bewusst aktiv an der Diskussion beteiligt, weil uns daran gelegen ist, auch die Sichtweise der Vertragspartner vor Ort zu erfahren. Ich hoffe, ich konnte den Vertragsverhandlern vor Ort auch erläutern, warum das BVA mehr Transparenz im Vertragsgeschäft für notwendig hält.

Wie schätzen Sie die Honorarvertrags-situation 2018 ein?

Es gibt klare gesetzliche Anforderungen an die Vereinbarungen zur Gesamtvergütung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die vorliegenden Honorarverträge 2018 beachten diesen Handlungsrahmen nicht immer. Auch sind die Verträge von großer Intransparenz geprägt. Deshalb sah sich das BVA veranlasst, für 2019 das Anforderungsprofil nochmal zu verdeutlichen. Aus Sicht

des BVA wäre es natürlich wünschenswert, ließe sich die recht hohe Spreizung der Qualität der Ausgestaltung von Honorarverträgen in 2019 eindämmen. Da sollte es von Nutzen sein, dass Bundes- und Landesaufsichten einheitlich verfahren. Das BVA führt hier einen intensiven Dialog in jedem Einzelfall und auf den Aufsichtsbehörden-tagungen.

Auf der Veranstaltung wurde mehrfach der Begriff „Verhandlungspartnerschaft“ beschrieben. Wie ist Ihre Position?

Zweifellos sind die Akteure vor Ort immer gut beraten, sich ausgewogen dem Verhandlungsprozess zu stellen. Das scheint aber nicht immer zu gelingen. Will man aber gesundheitspolitisch gestalten, z. B. indem man förderwürdige Leistungen für die Region definiert, kann Zusammenarbeit nur hilfreich sein. Insofern sieht man an der Ausgestaltung von Honorarverträgen sehr deutlich wo Luft noch nach oben existiert.

Was Sie uns schon immer sagen wollten:

Uns ist als Rechtsaufsicht daran gelegen, dass unsere Positionen von den Vertragspartnern vor Ort verstanden und optimaler



ANTJE DOMSCHEIT (beim BVA zuständig für Grundsatzfragen der Krankenversicherung, Wettbewerb, Schiedsverfahren und sonstige Verträge) hier im Interview mit Dr. Volker Schmeichel (vdek)

Weise auch akzeptiert werden. Wir haben kein Interesse daran, uns an die Stelle der Verhandlungspartner vor Ort zu stellen. Das können und wollen wir gar nicht leisten. Aus diesem Grund haben wir uns auch entschieden, zunächst in Abstimmung mit dem BMG ein Rundschreiben zur Rechtslage zu veröffentlichen und dann im Dialog mit den Akteuren zu besprechen, wie die Vertragsgestaltung für die Zukunft gestaltet werden kann. Das BVA erkennt den Gestaltungsspielraum der Vertragspartner vor Ort an.

Gleichwohl zeigt der ein oder andere Vertrag, dass der gesetzliche Gestaltungsspielraum überschritten worden ist. Die gesundheitspolitischen Ziele der Regionen sind unbestritten richtig und wichtig. Der Weg zur Zielerreichung kann aber nicht nur über die Gesamtvertragsanschlüsse erreicht werden. ■

Wegweiser für zentrale Verbesserungen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) fordern eine Offensive für die Patientensicherheit. Mit Prof. Dr. Matthias Schrappe von der Universität zu Köln haben sie das „Weißbuch Patientensicherheit“ vorgestellt.



FOTO: spornatphoto – fotolia by Adobe

In Sachen Patientensicherheit ist in den letzten Jahren schon einiges erreicht worden. Dennoch gibt es erheblichen weiteren Verbesserungsbedarf in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In Krankenhäusern beispielsweise verlaufen 90 bis 95 Prozent aller Krankenhausbehandlungen ohne Zwischenfälle. Bei fünf bis zehn Prozent (ein bis zwei Millionen Patienten) pro Jahr treten dagegen „unerwünschte Ereignisse“ auf, von Druckgeschwüren über Fehldiagnosen bis hin zu schweren Infektionen. Vermeidbar wären bis zu 800.000 dieser „unerwünschten Ereignisse“, zeigt das Weißbuch.

Patientensicherheit wird heute fast ausschließlich aus der Perspektive der Einrichtungen und für operative Akuterkrankungen, wie zum Beispiel Komplikationen einer „Hüft-OP“, diskutiert. „Patientensicherheit ist jedoch mehr als die Vermeidung bestimmter Komplikationen“, so Weißbuch-Autor Schrappe. „Sie muss auch als Eigenschaft von Teams, Organisationen und sogar des gesamten Gesundheitswesens verstanden werden. Ihre Innovationskraft ist in den Dienst der Verwirklichung dieses Ziels zu stellen.“

Im Weißbuch Patientensicherheit werden unter anderem ein erweitertes Verständnis von Patientensicherheit, eine Patientensicherheitskultur in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine aktive Einbindung der Patienten gefordert. APS und vdek formulierten zudem sieben konkrete Forderungen und rufen zu einer Patientensicherheitsoffensive auf.

»Dieses Engagement in Sachen Qualität wollen wir fortführen.«

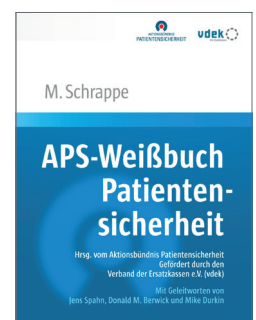
Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende

Das APS hatte das Projekt der Erstellung des Weißbuchs ins Leben gerufen und intensiv begleitet. Im Rahmen der Patientensicherheitsoffensive fordert das APS unter anderem, dass Patientensicherheit fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung aller im Gesundheitswesen Tätigen wird und Verantwortliche für Patientensicherheit eingerichtet werden.

Handlungsbedarf bei Hygiene und Infektionsprävention

„Für die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit setzen sich die Ersatzkassen seit Jahren ein“, sagt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Dieses Engagement in Sachen Qualität wollen wir fortführen und fördern daher das Projekt Weißbuch.“ Handlungsbedarf sieht Elsner insbesondere im Bereich der Hygiene und Infektionsprävention. Im Forderungspapier von APS und vdek finden sich hierzu Maßnahmen von einer bundeseinheitlichen Hygienerichtlinie bis zu einer Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sepsis als Notfall. Zudem fordert Elsner die verpflichtende Einführung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen an allen Krankenhäusern sowie die Einbeziehung der Erfahrungen von Patienten und Angehörigen durch Fragebögen, um Fehlerquellen aufzudecken. Zudem sei die Einführung eines Implantatregisters für sämtliche Hochrisikomedizinprodukte (etwa Herzklappen) längst überfällig.

www.aps-ev.de/aps-weissbuch/



INTERVIEW

„Agenda zur Patientensicherheit“

Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS), im Gespräch über das Weißbuch.

Das APS setzt sich für die Verbesserung der Patientensicherheit ein. Wie lautet dabei Ihre Prämisse?

Nur wer anerkennt, dass Fehler passieren, dass Strukturen und Prozesse zu vermeidbaren Patientenschäden führen, kann Fehlerursachen finden und abstellen. Aus dieser Überlegung heraus haben sich im Jahr 2005 Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und der Patientenorganisationen im APS zusammengeschlossen, um Beteiligte und Betroffene zusammenzubringen, damit Lösungen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit von der Praxis für die Praxis entwickelt und verbreitet werden.

Was wurde seit Gründung des APS erreicht?

Viel! Mittlerweile sind Maßnahmen wie OP-Checklisten, Vorkehrungen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen oder auch die Aktion Saubere Hände zur Verbesserung des Bewusstseins für Hygiene in vielen Einrichtungen ganz selbstverständlich Teil des Krankenhausalltags. Fehlermeldesysteme und verpflichtendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement stehen im Gesetz. Trotzdem: Zu vieles wurde noch nicht erreicht! Deshalb hat sich das APS entschlossen, mit dem Weißbuch eine Agenda zur Patientensicherheit zu entwickeln. Für dieses Projekt haben wir zwei starke und unverzichtbare Partner gefunden: Zum einen Prof. Dr. Matthias Schrappe von der Universität zu Köln. Er hat als Autor des Weißbuchs in herausragender Weise die Aufgabe erfüllt, nicht nur eine präzise und fundierte Analyse der Ist-Situation zu liefern, sondern auch Ansätze dafür, was in Zukunft noch besser gemacht werden kann. Sein Konzept der komplexen

Mehrfachinterventionen ist wegweisend. Zum anderen den vdek, der weit mehr ist als nur ein Geldgeber für das Projekt. Denn als großer Krankenkassenverband hat er die Chance, die entwickelten Ansätze auch in die Versorgung mit einzubringen.

Was ist für Sie die wichtigste Forderung?

Wir als APS möchten die Einbindung von Patienten und Angehörigen an die erste Stelle rücken. Es ist an der Zeit, die Patientenrolle mit Blick auf die Patientensicherheit neu zu definieren. Der Ethikrat hat in seinem vielbeachteten Statement zum Patientenwohl als ethischen Maßstab im Krankenhaus den Begriff der selbstbestimmungsermächtigenden Sorge geprägt. Dieser Gedanke gilt auch für die Patientensicherheit: Patienten und ihre Angehörigen müssen mit allen Mitteln in die Lage versetzt werden, zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen zu können. Dazu gehören gute Aufklärung, intensive Kommunikation und Anleitung, und patientenverständliche und -orientierte Informationen. Im Sinne der komplexen Mehrfachinterventionen ist auf dem Weg zu diesem Ziel nicht nur das APS gefragt, den Professionellen im Gesundheitswesen ebenso wie den Patienten unterstützende Materialien zur Verfügung zu stellen. Es sind gleichsam regulatorische Vorgaben über Gesetzgeber und den Gemeinsamen Bundesausschuss nötig.

An welche Vorgaben denken Sie?

Damit komme ich zur zweiten Forderung: Dass die Bedeutung guter Kommunikation und auch Techniken und Erfahrung im Umgang mit Patienten im Medizinstudium nicht fehlen dürfen, haben wir als APS im Jahr 2017 mit dem Schwerpunkt „Patientensicherheit und



FOTO: Natascha Zivadinovic

HEDWIG FRANÇOIS-KETTNER, Vorsitzende des APS

Kommunikation“ vielfach beschrieben und setzen die Bemühungen darum fort. Genauso Patientensicherheit: Diese muss integraler Bestandteil der Ausbildung in allen Gesundheitsberufen werden, ganz im Sinne der im Weißbuch entwickelten Definition von Patientensicherheit als Fähigkeit, immer neue Verbesserungspotenziale zu erkennen und zu nutzen. Und ebenso, wie Patientensicherheit nicht in einer einzigen Anstrengung herstellbar ist, sondern der täglichen, kontinuierlichen Anstrengung bedarf, muss dieses Thema auch im Rahmen des lebenslangen Lernens am Arbeitsplatz in Fort- und Weiterbildungen immer wieder aktualisiert werden.

Wie kann das am besten gelingen?

Dass Patientensicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens immer neu evaluiert, weiterentwickelt und durchgesetzt werden muss, geschieht nicht von allein. Jemand muss die Ressourcen dafür einfordern und zur Verfügung stellen. Deshalb ist eine dritte Forderung die Einrichtung von Verantwortlichen für die Patientensicherheit. Wir möchten damit zum Ausdruck bringen, dass Patientensicherheit nachdrücklich und verantwortlich in die Führungsebene jeder Organisation im Gesundheitswesen gehört. (rn) ■

Visionen und Gesetzgebung – ein Widerspruch?

Sachsen-Anhalt hat im September das Gesetzgebungsverfahren für ein neues Landeskrankenhausgesetz eröffnet. Der von der Landesregierung eingebrachte Gesetzesentwurf wurde in die Ausschüsse (hier federführend der Gesundheitsausschuss) zur weiteren Beratung verwiesen. Damit soll, so zumindest der Plan der Landesregierung, dieser Auftrag aus dem Koalitionsvertrag im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Mitte 2019 unter Dach und Fach sein. Quasi parallel wurde auf Antrag der Fraktion DIE LINKE der Landtag auf Grundlage des Artikels 55 der Verfassung des Landes Sachsen-Anhalt und gemäß § 17 der Geschäftsordnung des Landtags von Sachsen-Anhalt eine Enquete-Kommission zum Thema „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“ eingesetzt. Diese soll dem Landtag dann Vorschläge unterbreiten, wie die Sicherung der Gesundheitsversorgung – insbesondere in den Krankenhäusern – in Sachsen-Anhalt künftig personell, sachlich, finanziell, flächendeckend, qualitativ hochwertig und nachhaltig realisiert werden kann.

Schwerpunkte der Arbeit sollen eine umfassende Bestandsaufnahme der notwendigen Investitionen, der benötigten Fachkräfte sowie die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sein.

Die parallele Anhörung/Arbeit im Gesundheitsausschuss zu beiden „Vorgängen“ dürfte aus Sicht der Ersatzkassen hoch spannend werden.

Auf der einen Seite wird im Gesetzgebungsverfahren (Drucksache 7/3383) um eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, qualitative und patientensichere Versorgung für die Bevölkerung gerungen.



III. Schwerpunkte der Aufgabenstellung

Die Zielstellung erfordert eine Betrachtung des Gesundheitssystems im Land sowohl sektorenübergreifend wie auch unter Einbeziehung aller Akteure. Entsprechend ergeben sich folgende Schwerpunkte, mit denen sich die Kommission auseinandersetzen soll:

1. a) Entwicklung und Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Dabei sind insbesondere sektorenübergreifende Strukturen und Arbeitsweisen sowie die Rolle der Krankenhäuser und der Medizinischen Versorgungszentren,
b) digitale und telemedizinische Lösungen in der Gesundheitsversorgung und
c) die Sicherung der Notfallversorgung in den Blick zu nehmen.
2. Aktuelle Lage, die Weiterentwicklung inkl. Ausbildung und Stärkung der Gesundheitsberufe bzw. derjenigen, die sie ausüben. Dazu gehört bspw. die Umsetzung der generalisierten Pflegeausbildung, der Heilmittelberufe, u.a. Physiotherapeuten, Logopäden, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Hebammen und Geburtshelfer.
3. Barrierefreier Zugang und barrierefreie Versorgung von Menschen mit Behinderung sowohl ambulant wie stationär in Sachsen-Anhalt.
(Auszug aus Drucksache 7/3384)

Die Enquete-Kommission dagegen wird ihren Focus auf das gesamte Gesundheitssystem im Land ausrichten und dabei eine Generalanalyse bis zum Ende der Legislatur (2021) vorlegen. (vgl. Aufgabenstellungen gem. Drucksache 7/3384)

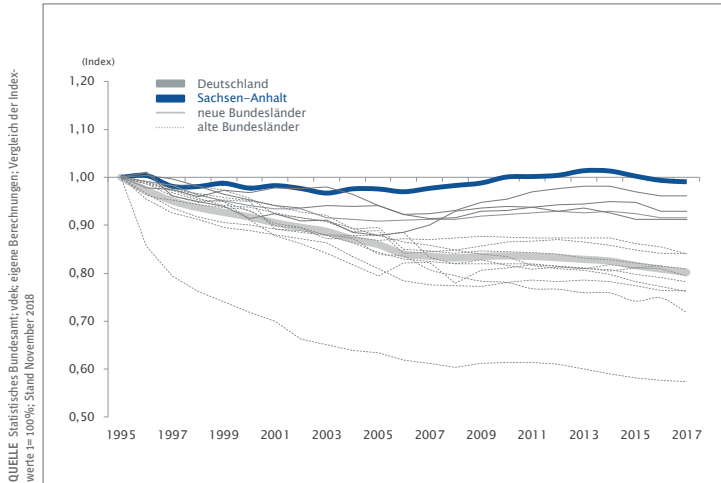
Zweifellos wird das neue Landeskrankenhausgesetz mit dem Inkrafttreten noch in 2019 seine Wirkungen entfalten. Zumindest ein neuer Krankenhausplan mit seinen planerischen Fixpunkten für 2019 /20 steht an. Große Erwartungen verknüpfen die Ersatzkassen auch an stringenter umzusetzende rechtssichere Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV-en) zwischen Einrichtungen und den Krankenkassen.

Für die Enquete-Kommission dürfte der Blick etwas weiter in die Zukunft gehen. Aber was ist Zukunft, sind es fünf, zehn oder zwanzig Jahre? Hier kommt es doch heute schon darauf an, die richtigen Weichen zu stellen und die gesundheitliche Versorgung nicht aus Versehen auf ein Abstellgleis zu schieben. Das will natürlich keiner und das gilt es gemeinsam auch zu verhindern. Die Interessen zusammen zu führen kann die Quadratur des Kreises bedeuten, Patientennähe der Versorgung und dünnbesiedelte Regionen verlangen andere Konzepte, und den Mut diese auch anzugehen.

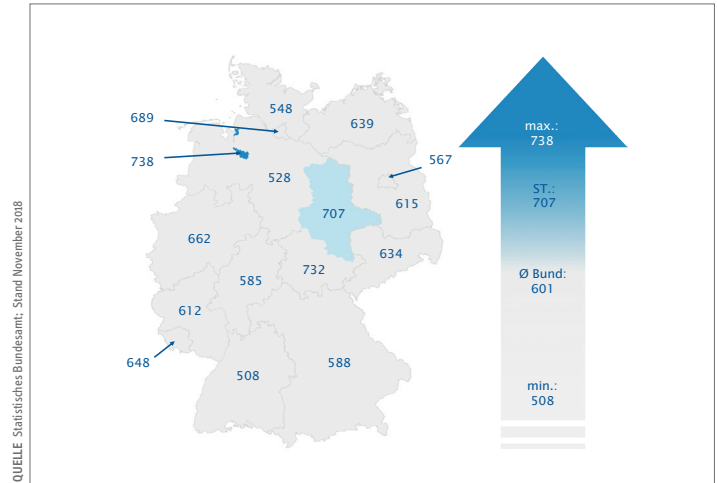
(Wie aus Sicht des vdek dieser Mut zu definieren wäre, zeigen die Darstellungen und Interpretationen auf Seite 7) ■

BASISDATEN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG

Aktuelle Krankenhausstrukturen sind nicht optimal!



ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSBETTEN JE 100.000 EINWOHNER IN DEN BUNDESLÄNDERN VON 1995 BIS 2017



KRANKENHAUSBETTEN JE 100.000 EINWOHNER IN DEN BUNDESLÄNDERN IN 2017

Für die etwas mehr als 2,2 Millionen Bürger in Sachsen-Anhalt stehen laut aktueller Krankenhausstatistik (Stand: 2017) 15.756 Krankenhausbetten für stationäre Behandlungen zur Verfügung. Im Vergleich mit anderen Bundesländern – hier ist die Kennziffer auf 707 Betten pro 100.000 Einwohner maßgebend, verfügen lediglich das Bundesland Thüringen (732) und der Stadtstaat Bremen (738) höhere Werte. Vergleicht man die Vorhaltung in Sachsen-Anhalt mit der des „Bundesdurchschnittes“ von nur 601 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner, fällt doch der große Unterschied sofort auf. (vgl. Grafik „Krankenhausbetten...“)

Im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission (siehe Seite 6) will man sich seitens des Landtages mit Strukturen der gesundheitlichen Versorgung im Flächenstaat Sachsen-Anhalt beschäftigen, quasi zukunfts-feste Visionen entwerfen.

Insofern werden Versorgungsfragen zwangsläufig sowohl zu ambulanten, als auch zu stationären Bedarfen gestellt bzw. sind visionär auch zu beantworten.

In diesen Zusammenhängen sollte es durchaus legitim sein, sich an Vergleichszahlen aus anderen Regionen Deutschlands und/oder gleich am Bundesdurchschnitt tendenziell zu orientieren. Eine Bezugnahme auf eine durchschnittliche stationäre Bettenvorhaltung in Deutschland von 601 Betten würde demnach für Sachsen-Anhalt eine Bettenreduzierung bedeuten und zwar in absolut um mehr als 2.000 Krankenhausbetten (!).

Hierzu würden einzelne, stationsbegrenzende Bettenreduzierungen allerdings nicht mehr ausreichen. Schon heute wird klar, allein die Betrachtungsebene „Bundesdurchschnitt“ wird in Sachsen-Anhalt nur über Standortaufgaben zu erreichen sein. Ob die politisch Verantwortlichen allerdings diesen Mut haben, ist zu bezweifeln.

Allerdings sind überflüssige Strukturen teuer und unwirtschaftlich. Je länger man sich vor einer maßvollen Strukturbereinigung drückt, desto teurer wird dies für das System und schlussendlich für jeden Einzelnen in seinem Status als Beitragszahler. Sein Status als Patient ist davon übrigens unberührt, denn die

Qualität der medizinischen Behandlung ist nicht an Strukturbereinigungen geknüpft. Wäre dies so, dann wäre die medizinische Versorgung in anderen Bundesländern in den letzten zwanzig Jahren im Rahmen von o.g. Bereinigungen schlechter geworden. (vgl. Grafik: „Entwicklung der Krankenhausbetten...“)

Dafür gibt es aber keine stichhaltigen Belege noch Anhaltspunkte. Die Entwicklung der Krankenhausbetten zeigt vielmehr ein gewisses Alleinstellungsmerkmal für die Situation in Sachsen-Anhalt, wo eine Anpassung der Krankenhausstrukturen lediglich unter einem demographischen Bezug stattfand. Anders sind die relativ gleichbleibenden Indexwerte für Sachsen-Anhalt nicht zu interpretieren. Hier existiert in allen anderen Bundesländern ein dynamischer Anpassungsprozess. Wie lange können wir uns diesem Trend aber „widersetzen“? Die Interpretationen der Begriffe „wohnortnah“ und „ländlicher Raum“ sowie deren Adaptionen für Sachsen-Anhalt werden es richten? Wir sind gespannt auf die Ergebnisse/Visionen der Enquete-Kommission. ■

PERSONALIE

Veränderungen 2019



FOTO vdek

ZUM ABSCHIED: Dr. Klaus Holst sagte Danke bei Ramona Kann und Jens Hennicke (von links)

Mit Ramona Kann (DAK Gesundheit) und Jens Hennicke (TK) verlassen zwei langjährige Ersatzkassenmitarbeiter unsere Landesgremien. Während sich für Ramona Kann ab 2019 der Unruhestand „ausbreitet“, übernimmt nach über 25 Jahren TK Zugehörigkeit Jens Hennicke die Leitung des MDK in Sachsen-Anhalt. Generations- und Aufgabenwechsel sind demnach Anlass zu Veränderungen. Wir sagen Danke für das konstruktive Wirken im vdek und gehen natürlich davon aus, dass beide den Ersatzkassenbezug auch in Zukunft für sich erhalten. Insbesondere in der Funktion als MDK-Geschäftsführer dürften die Anknüpfungspunkte auch zukünftig nicht ausgehen.

ZUM NEUEN JAHR

2019

Und wieder liegt ein spannendes Jahr hinter uns. Wir möchten es deshalb nicht versäumen, uns für die gute Zusammenarbeit im letzten Jahr zu bedanken! Für das neue Jahr wünschen wir Ihnen und Ihren Familien alles Gute und viel Gesundheit. Ihre vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

EINSCHÄTZUNGEN UND AUSBLICKE ZUM SYMPOSIUM

Wie lautet Ihr Resümee zum Symposium?

Prof. Koriath: „Schiedsams- und Schiedsstellenentscheidungen werfen häufig lediglich einzelne Schlaglichter auf die Gesamtsituation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die ehrenamtlichen Schiedsstellenvorsitzenden, die häufig nicht in ihrer Haupttätigkeit mit Fragen der Finanzierung im Gesundheitsbereich zu tun haben, fehlt typischerweise der Gesamtüberblick. Insofern war die offene Diskussion zu Verfahrensweisen und Rahmenbedingungen in diesem Zusammenhang sehr wichtig. Das Symposium war hierzu eine geeignete Diskussionsplattform.“

Ich bin den Veranstaltern für den Anstoß dankbar, die Gesamtproblematik der Schiedsverfahren zu thematisieren.“

Prof. Robra: „Es war eine gelungene Veranstaltung. Der breite Austausch der verschiedenen Akteure findet viel zu wenig statt, insofern war dies eine gute Diskussionsplattform.“

Prof. Clemens: „Ganz zuvörderst steht dabei, dass es Ihnen gelungen ist, die drei Vorsitzenden der wichtigsten drei Schiedsgremien in einer Tagung zusammenzuführen. Dadurch konnte quer-verglichen und quer-nachgefragt werden.“

Welchen Änderungsbedarf sehen Sie in Bezug auf den Gesamtprozess „Schiedsverfahren“?

Prof. Koriath: „Wir brauchen nach den Verfahren einen größeren Informationsaustausch zwischen Parteien und den Schiedsämtern und Schiedsstellen. Was passiert mit den Schiedsergebnissen, wie werden sie umgesetzt oder beklagt? Ein Feedback nach den Entscheidungen ist daher nicht nur wünschenswert, sondern sollte verpflichtenden Charakter für die Parteien haben.“

Prof. Robra: „Die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung von Verträgen der

Selbstverwaltung öffnen Gestaltungsmöglichkeiten, setzen allen Beteiligten aber auch klare Grenzen. Das impliziert eine hohe Sorgfaltspflicht bei der Vorbereitung der Vertragsausgestaltung und – wenn nötig – des Schiedsverfahrens. Das Symposium bot Gelegenheit, diese Aufgaben zu reflektieren. Als Zwei-Zügel-Steuerung haben Verhandlungspartnerschaften einen hohen Stellenwert!“



FOTO vdek

GUTE REDNER UND AUFMERKSAME ZUHÖRER:
Prof. Stefan Koriath und Prof. Dr. Bernt-Peter Robra

Prof. Clemens: „Gut war schließlich auch die Teilnehmer-Zusammensetzung, sodass persönliche Quer-Gespräche zwischen den Schiedsvorsitzenden und anderen maßgeblichen Akteuren möglich waren. Solche persönlichen Gespräche sind meines Erachtens immer eine wichtige Basis, um daran in weiteren – evtl. nur telefonischen – Kontakten anknüpfen zu können.“

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt
des vdek e. V.

Schleifufer 12, 39104 Magdeburg
www.vdek.com

Telefon 03 91 / 5 65 16-0

E-Mail LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com

Redaktion Dr. Volker Schmeichel

Verantwortlich Dr. Klaus Holst

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-2174