

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE LANDTAGSWAHL 13. MÄRZ 2016 | JAHR 1 NACH DEM VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ | QUALITÄT, QUANTITÄT, QUOTE: Pflegerische Versorgung im Land | WELCHE ZUKUNFT HAT DER HEBAMMENBERUF?

BADEN-WÜRTTEMBERG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . FEBRUAR 2016

GESUNDHEITSPOLITIK

Positionspapier zur Landtagswahl



QUELLE: B 53

Gemeinsam mit dem Krankenkassenbündnis im Südwesten, dem BKK-Landesverband Süd, der IKK classic, der Knappschaft sowie dem Verband der Ersatzkassen ist es gelungen, ein konsentiertes gesundheitspolitisches Positionspapier zur Landtagswahl Baden-Württemberg 2016 vorzulegen.

Das Krankenkassenbündnis im Südwesten, welches 60 Prozent der Versicherten im Land vertritt, hat auf dreizehn Seiten insgesamt 10 Themenfelder formuliert. Besonders in den Fokus genommen wurden die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung und die Prävention. Darüber hinaus die Pflege, die Digitalisierung, aber auch der Zukunftsplan Gesundheit in Baden-Württemberg sowie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen im Land.

Sie finden das Positionspapier zur Landtagswahl unter <http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/veroeffentlichungen.html>.

KRANKENHAUS

Die Zukunft der Krankenhäuser im Land

Die vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2015/2016 belegen, dass die Krankenhauskosten den größten Ausgabenblock im Gesundheitswesen ausmachen. 2015 bezahlte die GKV in Baden-Württemberg 8,3 Milliarden Euro für die Krankenhausbehandlung.

Für 2016 wird sogar mit einem extremen Kostenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhausbehandlung gerechnet. Dies ist ein deutliches Anzeichen dafür, dass strukturelle Änderungen in der Krankenhauslandschaft unausweichlich sind und dringender Handlungsbedarf besteht.

Auf den ersten Blick steht das Land in Sachen Krankenhausversorgung gut da, wie Dr. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung darlegte. Die Baden-Württemberger haben bundesweit die längste Lebenserwartung und gehen am seltensten ins Krankenhaus, sodass die Krankenhauskosten pro Einwohner mit 864 Euro pro Kopf am niedrigsten sind. Dennoch ist die „wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Baden-Württemberg mit am schlechtesten“, so Augurzky: Die Hälfte der Krankenhäuser schrieb 2013 rote Zahlen, bundesweit tun das lediglich 30 Prozent. Augurzky empfahl als Lösungsansatz mehr Marktdynamik, die Bündelung von Kapazitäten und höhere Investitionen.

Auch wenn die grün-rote Landesregierung die Investitionskostenförderung in

den vergangenen Jahren um 35 Prozent erhöht hat, so bleibe dennoch eine Lücke, die es zu füllen gilt, legte Augurzky dar. Dass jedoch mehr Geld allein die Problematik nicht lösen kann, zeigte sich in der anschließenden Podiumsdiskussion.

Ihre Positionen zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg hat die B 52-Verbändekooperation auch in einem entsprechenden Faktenpapier niedergelegt. Nachfolgend die wesentlichen Themen:

Brennende Fragen

Wo sollte aus Sicht der Krankenkassen eine Konzentration von Leistungen in der baden-württembergischen Krankenhauslandschaft erfolgen: Bei der neonatologischen Versorgung, Schlaganfallversorgung, Leistungen bei den minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (TAVI) etc.?

Das Land verfügt aktuell über 20 so genannte Perinatalzentren Level 1, also Perinatalzentren der höchsten Leistungsstufe. Vor Einführung der einschlägigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) waren lediglich 15 perinatologische



Handlungsbedarf



von
WALTER SCHELLER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

FOTO: vdek

Aus meiner Sicht besteht für das Jahr 2016 auf drei Feldern dringender Handlungsbedarf. Bei den Krankenhauskosten, im Arzneimittelsektor und beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, dem Morbi-RSA. Angesichts immer weiter steigender Kosten – 2015 gab die gesetzliche Krankenversicherung in Baden-Württemberg 8,3 Milliarden Euro für die Krankenhausbehandlung aus – sind aus meiner Sicht strukturelle Änderungen in der baden-württembergischen Krankenhauslandschaft unausweichlich.

Im Arzneimittelsektor bereitet mir die Ausgabendynamik große Sorgen. Noch 2013 haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel auf 3,6 Milliarden Euro belaufen. Im Jahr 2014 waren es bereits 3,9 Milliarden Euro. Für das Jahr 2015 ist von 4,1 Milliarden Euro auszugehen. Hier müssen wir dringend gegensteuern. Im Übrigen beträgt 2015 die Gesamtvergütung für Ärzte in Baden-Württemberg ebenso 4,1 Milliarden Euro.

Ein wichtiger Seismograph, um die Funktionsfähigkeit des RSA zu bewerten, sind die Deckungsquoten bei den Krankenkassen. Hier muss ich feststellen, dass sich diese deutlich zum Nachteil für die Ersatzkassen entwickelt haben. So verzeichnen die Ersatzkassen eine Unterdeckung von minus 433 Millionen Euro. Wir sehen hier die Politik in der Pflicht!



Zentren krankenhauplanerisch ausgewiesen. Damit sind in einem Teil der 20 Level-1-Zentren die Fallzahlen relativ gering. Das bringt Risiken für die Versorgung mit sich. Die alleinige Betrachtung der in diesen Zentren erzielten geringen Säuglingssterblichkeit reicht insoweit nicht aus. Es sind auch mögliche Folgeschäden bei den frühgeborenen Kindern zu berücksichtigen. Auch bleiben die bisherigen Fachplanungen – wie zum Beispiel in der Schlaganfallversorgung – gerade unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung auf halbem Wege stehen. Es werden zwar Zentren krankenhauplanerisch ausgewiesen bzw. freiwillige Zertifizierungen nachvollzogen, aber nach wie vor erfolgt die Schlaganfallversorgung auch an Krankenhäusern, die nicht krankenhauplanerisch als Schlaganfall-einheit ausgewiesen sind. Ebenso wäre eine Konzentration von TAVI, der Transplantationsmedizin, der Adipositas-Chirurgie (z. B. bieten allein in Stuttgart vier Krankenhäuser Adipositas-Chirurgie an), Cochlea-Implantationen etc. sinnvoll.

Was soll am Ende des Tages passieren, wenn eine Klinik bestimmte krankenhauplanerisch ausgewiesene Kriterien NICHT erfüllt?

Nicht ausgewiesene/nicht zertifizierte Krankenhäuser bzw. Abteilungen oder Leistungsschwerpunkte sollten von der Versorgung ausgeschlossen werden, etwa über Negativ-Feststellungsbescheide oder eine entsprechende Rechtsverordnung des Landes oder über einen rechtssicheren Leistungsausschluss im Rahmen der Budgetvereinbarung und Abrechnung.

Im Interesse des Patientenschutzes und der Effizienz der Leistungserbringung sollte eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung die Spezialisierung der Krankenhäuser vorantreiben. Die bislang fehlende rechtsverbindliche Planung von Zentren hat daher eine medizinisch nicht notwendige Leistungsausweitung in manchen Bereichen zur Folge (z.B. die Erbringung von TAVI-Leistungen, die Adipositas-Chirurgie, Cochlea-Implantationen,

Wirbelsäulenchirurgie). Denn nur ca. ein Drittel der gesamten Leistungssteigerungen im Bereich der Krankenhausversorgung ist mit dem demographischen Wandel zu erklären.

Nach der Krankenhausstrukturreform soll der G-BA Qualitätsziele und -kriterien entwickeln, auf deren Grundlage dann Kasernen und Krankenhäuser Qualitätszuschläge vereinbaren können. Ist dieser Ansatz aus Ihrer Sicht zufriedenstellend – auch vor dem Hintergrund, dass dieser Prozess voraussichtlich Jahre dauern wird?

Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung im Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) wird ausdrücklich befürwortet. Zuschläge für Krankenhäuser mit guter Ergebnisqualität machen allerdings erst dann Sinn, wenn die Indikationsqualität gesichert ist. Hinzu kommt das Problem des Zeitfaktors. Gleichzeitig werden die finanziellen Ressourcen immer knapper. D.h. schon rein ökonomisch betrachtet und natürlich im Sinne des Patientenschutzes muss der Prozess zum Abbau minderer Versorgungsqualität beschleunigt werden. Die Präsentation von Dr. Boris Augurzky lieferte augenscheinliche Fakten.

Es gibt bereits funktionierende praktische Ansätze der freiwilligen Zertifizierung von Kliniken – beispielsweise für Krebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Sollte man nicht auf diesen Blaupausen aufbauen, statt wieder viele Jahre ins Land ziehen zu lassen, um völlig neue Konzepte zu entwickeln?

Das ist auf den ersten Blick durchaus vorstellbar, aber es ist zu bedenken, dass bei vielen dieser freiwilligen Zertifizierungen einerseits primär die rein medizinischen Kriterien der Strukturqualität bewertet werden, z.B. beherrscht das OP-Team die geforderten Qualitätskriterien der medizinischen Fachgesellschaft. Andererseits wird der medizinische Sachverstand des eigenen Berufsstandes zertifiziert, d.h. „die Kirche bleibt im Dorf“.

Als Beispiel lassen sich aktuell die G-BA-Mindestmengenregelungen für

Kniegelenk-Totalendoprothesen in Höhe von jährlich mindestens 50 Kniegelenk-Totalendoprothesen-Operationen je Krankenhausbetriebsstätte nennen. Zahlreiche Standorte in Baden-Württemberg erreichen diese jährliche Mindestmenge nicht. Trotzdem präsentieren diese Krankenhäuser den Krankenkassen als Beleg für die „hohe Qualität“ der Leistungserbringung eine Zertifizierung der Endo-Cert-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Damit wird allenfalls eine gewisse Strukturqualität bestätigt. Über die Ergebnisqualität der Leistungserbringung sagt die Zertifizierung noch gar nichts aus, etwa die notwendige Routine der Operateure.

Über Qualitätskriterien kann man trefflich diskutieren. Sollen diese aber Gegenstand krankenhauplanerischer Entscheidungen werden, müssen die Kriterien ggf. auch einer gerichtlichen Prüfung standhalten. Gibt es Qualitätskriterien, die ausreichend valide sind?

Rechtsverbindliche Qualitätskriterien des G-BA sollten einer gerichtlichen

Prüfung standhalten. Anders verhält es sich bei Leitlinien von Fachgesellschaften, so sinnvoll diese auch sein mögen. Da diese nicht rechtsverbindlich sind, zieht auch die Nicht-Einhaltung von Kriterien einer Leitlinie keine Konsequenzen nach sich, die einer gerichtlichen Prüfung standhalten.

Kriterien für die Strukturqualität haben durchaus schon Eingang in die Krankenhausplanung gefunden. Etwa bei den BAR-Empfehlungen als Maßstab der Fachplanung des Landes in der Neurologischen Frührehabilitation Phase B. Entsprechende Gerichtsentscheidungen mit „Hausaufgaben“ für die Planungsbehörden gingen diesem Vorgehen voraus.

Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung gibt es auch bereits Beispiele für ausreichend valide Qualitätskriterien. Die Ergebnisse sind auch in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen. Beispiele:

Ambulant erworbene Pneumonie: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme von Patienten, die mit einer bereits ambulant erworbenen Lungenentzündung stationär aufgenommen werden,

haben bessere Überlebenschancen, wenn die Lungenentzündung rechtzeitig und adäquat behandelt wird. Bei jedem Patienten sollte daher bei der Aufnahme die Atemfrequenz gemessen werden (Zielwert: > 98 %).

Aortenklappenchirurgie (TAVI): Indikation Eine TAVI sollte möglichst nur bei Patienten durchgeführt werden, die zu alt und zu krank für eine offene Herzoperation sind (Zielwert: > 85 %).

Geburtshilfe: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Bei jeder Frühgeburt sollte ein Pädiater anwesend sein (Zielwert: > 90 %).

Defibrillatoren: Indikation

Ein Defibrillator sollte nur bei Krankheitsbildern implantiert werden, die in der Leitlinie empfohlen werden (Zielwert: > 90 %).

Mammachirurgie: Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET

Bei einem Brustkrebs, der nur auf die Milchgänge beschränkt ist und brusterhaltend entfernt wird, müssen die Lymphknoten in der Achsel nicht mit entfernt werden. Trotz Leitlinienempfehlung werden Lymphknoten entnommen (Zielwert: < 29 %). ■



FOTO Silvana Roth

UNSER FOTO ZEIGT VOR BEGINN DER VERANSTALTUNG AM 22.10.15 IM HOSPITALHOF STUTTGART VON LI. NACH RE.: Jochen Haußmann, MdL FDP/DVP, Jacqueline Kühne/BKK LV Süd, Siegbert Hermann/IKK classic, Gesundheitsministerin Katrin Altpeter, MdL SPD, Boris Augurzyk/Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Bärbl Mielich, MdL Bündnis 90/Die Grünen, Walter Scheller/Leiter der vdek-Landesvertretung, Konrad Ehing/BKK-LV Süd, Anton Hauptenthal/Knappschaft, Stefan Teufel, MdL CDU.

Jahr 1 nach dem Versorgungsstärkungsgesetz

Terminservicestellen, Zweitmeinung, Weiterbildung Allgemeinmedizin, Innovationsfonds, Delegation ärztlicher Leistungen, Strukturfonds „Ziel und Zukunft“ sind nur einige der im Gesetz beschlossenen Maßnahmen.

Im Juli 2015 trat das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) in seinen wesentlichen Teilen in Kraft. Auf das Messegelände Stuttgart hatte am 30. Januar die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg mit ihrem Präsidenten Dr. Klaus Baier eingeladen. Auf dem Podium waren der Bundes-



FOTO: Dr. Michael B. Holltaicher

UNSER FOTO ZEIGT VON RE. NACH LI.: Rainer Michael Gräter/Vorstand der Kreisärzteschaft Aalen und Moderator, Dr. Johannes Fechner/stellv. Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg, Michael Hennrich, MdB CDU/Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Ulrich Kuhn/Vorsitzender der PädNetzS eG und Frank Winkler/Verband der Ersatzkassen (vdek).

tagsabgeordnete Michael Hennrich (CDU), Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Ulrich Kuhn, Vorsitzender des PädNetzS eG sowie Frank Winkler, stellvertretender Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg, Verband der Ersatzkassen (vdek). Moderator Rainer Michael Gräter, Vorstand der Kreisärzteschaft Aalen, erkundigte sich bei den Diskutanten nach den persönlichen Auswirkungen des Gesetzes im jeweiligen Arbeitsumfeld. Hält das Versorgungsstärkungsgesetz was es

verspricht und was bedeutet es tatsächlich in der Praxis für die verschiedenen Fachärzte und Verbände?

15 Gesetze in 15 Monaten

Michael Hennrich, MdB, stellte fest, dass man im Gesundheitswesen durchaus etwas bewegen könne und über Gestaltungsspielraum verfüge. Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen (vdek) entgegnete, dass die Verantwortlichen im Gesundheitswesen durchaus gestalten könnten, dies müsste für die Beitragszahler insgesamt aber auch finanziell verkraftbar sein. So seien in den letzten 15 Monaten 15 Gesetze beschlossen worden. Der vdek habe die voraussichtliche Finanzwirkung der aktuellen Gesetzgebung in der GKV für die Jahre 2016 bis 2020 berechnet. Nehmen die Finanzexperten des vdek nur die letzten sechs Gesetze (s. Abb.) näher in Augenschein, so koste das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ca. 4 Milliarden Euro, das Krankenhaus-Strukturgesetz inklusive der Änderungsanträge zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) 8,86 Milliarden Euro. Das Präventionsgesetz werde 2016 - 2020 etwa 1,3 Milliarden Euro in Anspruch nehmen, das E-Health-Gesetz 830 Millionen. Das Hospiz- und Palliativgesetz schlägt mit 1 Milliarde Euro zu Buche. „Insgesamt werden nach unseren Berechnungen der GKV in den nächsten fünf Jahren – ab 2016 – zusätzliche Ausgaben von 16 Milliarden Euro ins Haus stehen. Daraus ziehe ich den Schluss, dass bis 2020 die Zusatzbeiträge für die Mitglieder der GKV voraussichtlich pro Jahr um 0,2 - 0,3 Prozentpunkte steigen, was wir nicht akzeptieren.“

Die im Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Maßnahmen (etwa Terminservicestellen, Zweitmeinung, Weiterbildung Allgemeinmedizin, Innovationsfonds, Delegation ärztlicher Leistungen, Strukturfonds Ziel und Zukunft et al.) müssten ihre Wirkung zunächst einmal entfalten, zumal erst wenige Monate vergangen sind. Das Versorgungsstärkungsgesetz soll auch zukünftig eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicherstellen. Besonders im ländlichen Raum soll durch finanzielle Anreize und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen eine Optimierung erreicht werden. Dies soll mehr Landärzte in unterversorgte oder strukturschwache Regionen bringen, in denen sie gebraucht werden. Die hausärztliche Versorgung soll ebenfalls durch die Erhöhung der zu fördernden Weiterbildungsstellen gestärkt werden. Für Kommunen besteht eine Mitgestaltungsmöglichkeit durch Gründung medizinischer Versorgungszentren. Auch die Kassenärztliche Vereinigung wird in die Pflicht genommen. Es sollen Termin-Servicestellen eingerichtet werden, welche Versicherten mit Überweisungen in einem Zeitraum von vier Wochen einen Termin beim Facharzt vermitteln. Darüber hinaus steht das Versorgungsstärkungsgesetz auch für eine innovative Art der Versorgung. Ein Innovationsfonds von 300 Millionen Euro jährlich soll die Weiterentwicklung der Versorgung und deren Forschung fördern.

Morbi-RSA weiter entwickeln

An die Politik gewandt, forderte Frank Winkler faire Wettbewerbsbedingungen

Geschätzte Finanzwirkungen der aktuellen Gesetzgebung in der GKV
- Angaben in Millionen Euro, jeweils im Vergleich zu 2015 -

Reformen der Großen Koalition	2016	2017	2018	2019	2020
GKV-Versorgungsstrukturgesetz ¹	405	905	905	905	905
Krankenhaus-Strukturgesetz ²	500	900	1.200	1.300	1.400
Änderungsanträge zum KHS ³	281	822	826	831	800
Präventionsgesetz ⁴	260	260	260	260	260
eHealth-Gesetz ⁵	55	108	175	246	246
Hospiz- und Palliativgesetz ⁶	200	200	200	200	200
Ausgabenwirkung insgesamt (in Milliarden Euro)	1,701	3,195	3,566	3,742	3,811
./. Belastung der Liquiditätsreserve ⁷	250	350	350	150	
= Ausgabenwirkung für die Krankenkassen (gerundet in Milliarden Euro)	1,451	2,845	3,216	3,592	3,811

¹ Ausgabenerwartung der Bundesregierung lt. Gesetzentwurf plus Schätzung der Wirkung der Konvergenzregelung zur ärztlichen Vergütung (500 Millionen Euro p. a. für 2017 bis 2019)
² Ausgabenschätzung des BMG im Hinblick auf die Finanzwirkungen des Kabinettsentwurfs zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHS) vom 10.6.2015
³ Ausgabenschätzung des BMG zu den am 4.11.2015 eingebrachten Änderungsanträgen zum KHS
⁴ Ausgabenerwartung der Bundesregierung lt. Gesetzentwurf vom 10.12.2014, ohne Schätzung der schwer kalkulierbaren Mehrausgaben durch Erweiterung Gesundheitsuntersuchungen (§§ 25, 26 SGB V)
⁵ Schätzung der Ausgaben auf Basis des Gesetzentwurfs vom 27.5.2015
⁶ Schätzung der Ausgaben auf Basis des Regierungsentwurfs vom 29.4.2015, u. a. abhängig von der Ausgestaltung HKP-Richtlinie und folgenden Vertragsverhandlungen
⁷ direkte Entnahmen aus dem Gesundheitsfonds für Innovations- sowie KH-Strukturfonds

Hinweis: Die ausgewiesenen Finanzwirkungen sind immer auf das Jahr 2015 bezogen; es sind nicht die jährlichen Zusatzausgaben gegenüber dem Vorjahr ausgewiesen.

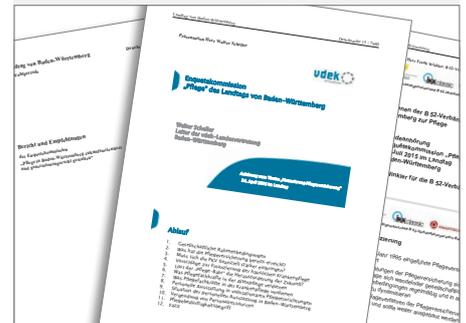
QUELLE: vdek, auf Basis BMG-Schätzungen

für den Morbi-RSA. Ein wichtiger Fingerzeig, um die Funktionsfähigkeit des RSA zu bewerten, seien die Deckungsquoten bei den Krankenkassen. „Hier muss ich heute feststellen, dass sich diese ganz deutlich zum Nachteil für die Ersatzkassen entwickelt haben. Während die AOKen im RSA-Jahresausgleich 2014 ein Plus von 888 Millionen Euro ausweisen, verzeichnen die Ersatzkassen

eine Unterdeckung von minus 433 Millionen Euro.“ Deshalb bat er den Abgeordneten Michael Henrich, sich des Themas RSA sehr schnell anzunehmen und zu handeln. Der Morbi-RSA müsse dort, wo er ganz offensichtlich dem Anspruch, die zentrale Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zu schaffen, nicht gerecht wird, entsprechend verändert werden. ■

VERBÄNDEANHÖRUNG

Zukunftsorientierte und generationengerechte Pflege



QUELLE: Landtag von Baden-Württemberg

Der Verband der Ersatzkassen als auch die B 52-VerbändeKooperation Baden-Württemberg, vertreten durch den Verband der Ersatzkassen, haben sich bei der Verbändeanhörung zur Enquetekommission „Pflege“ aktiv im Landtag eingebracht.

Die Enquetekommission „Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten“ hat mit ihrer 16. Sitzung am 22. Januar 2016 ihre Arbeit abgeschlossen und den beigefügten Bericht mit 1.012 Seiten dem Landtag vorgelegt.

Für den Verband der Ersatzkassen und seine Mitgliedskassen haben wir gemeinsam bei den öffentlichen Sachverständigenanhörungen unsere Sicht der Dinge der Enquetekommission vorgetragen. Den Vortrag von Walter Scheller finden Sie auf den Seiten 909 ff., den Vortrag von Frank Winkler finden Sie auf den Seiten 1003 ff. des Abschlussberichts. Die Vorträge wurden am 24. April und am 24. Juli 2015 jeweils im Landtag von Baden-Württemberg vor den Abgeordneten und Kommissionsmitgliedern gehalten. Den Bericht finden Sie ebenso unter <http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/veroeffentlichungen.html>.

Qualität, Quantität, Quote

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege hatte mit ihrer Vorsitzenden Eva-Maria Armbruster am 21. Oktober 2015 den Verband der Ersatzkassen (vdek) auf das Podium ihres 4. Expertenkongresses eingeladen.



FOTO: Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg

DISKUTIERTEN BEIM 4. EXPERTENKONGRESS PFLEGE DER LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE AM 21. OKTOBER 2015 IM GENO-HAUS IN STUTTGART: Rainer Baudermann/AOK, Frank Winkler/Verband der Ersatzkassen (vdek), Eva-Maria Armbruster/Liga der Freien Wohlfahrtspflege, Moderator Eggert-Blum/SWR2, Ulrich Schmolz/Sozialministerium, Manfred Lucha, MdL Bündnis 90/Die Grünen, Thaddäus Kunzmann, MdL CDU (von li. nach re.)

Das Thema lautete: „Qualität, Quantität, Quote – pflegerische Versorgung von morgen: sicher, flächendeckend, kompetent!“

Zweifelsohne wächst der Bedarf an Pflege und an qualifiziertem Pflegepersonal.

Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen (vdek) machte deutlich, dass Baden-Württemberg im Jahr 2060 den Höchststand an Pflegebedürftigen erreichen wird. Dabei wird sich die Situation regional ganz unterschiedlich verändern.

Kommunen in der Pflicht

„Diese regionale Unterschiedlichkeit macht es erforderlich, dass die Kommunen eine stärkere Rolle bei der Gestaltung pflegefreundlicher und -unterstützender Verhältnisse übernehmen. Dazu zählt neben dem Ausbau barrierefreier Wohn- und Lebensbedingungen zum Beispiel

auch die Weiterentwicklung der Mobilitätsunterstützung auf dem Land. Dabei ist an der Verpflichtung des Landes festzuhalten, insgesamt für eine leistungsfähige, ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Infrastruktur zu sorgen. Mögliche Forderungen nach einer Beteiligung der Pflegekassen an der Finanzierung der kommunalen Pflegeinfrastruktur lehnen wir ab.“

Was bisher getan wurde

Mit der Verabschiedung des Pflegegestärkungsgesetzes I (PSG I) und Pflegegestärkungsgesetz II (PSG II) werden die Beiträge für die Pflegeversicherung in zwei Schritten um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. „Dieses Geld kommt der Pflege zu Gute. 0,1 Beitragssatzpunkte entsprechen ca. 1,2 Milliarden Euro. Erreicht wurde bisher eine Entlastung der

Angehörigen durch eine verbesserte Kombination von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Die Leistungen für Tages- und Nachtpflege wurden ausgebaut. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote wurden finanziell gestärkt. Beide Pflegegestärkungsgesetze sind Meilensteine und werden vom vdek insgesamt positiv bewertet.“

Das Zweite Pflegegestärkungsgesetz (PSG II) ist ein entscheidender Beitrag zu mehr Gerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Die Reform wird die Situation von demenzerkrankten Pflegebedürftigen erheblich verbessern. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einem neuen Begutachtungsverfahren für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die Ablösung der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade seien die wichtigsten pflegepolitischen Maßnahmen seit vielen Jahren. „In Anbetracht der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft sind dies Schritte in die richtige Richtung.“, so Frank Winkler.

Prävention und Pflege

Außerdem begrüßt er den Qualitätsparameter Prävention. Danach ist im Präventionsgesetz geregelt, dass die Pflegeversicherung einen finanziellen Beitrag zur Prävention zu leisten hat. Für die Zukunft wird es nicht mehr so viele stationäre Pflegeeinrichtungen geben. Hier lautet das Stichwort Umfeldorganisation im Zuge der Vernetzung aller relevanten gesellschaftlichen Akteure. Das Land, die Kommunen und die Krankenkassen müssen noch stärker zusammenarbeiten, um das Wohnen im häuslichen Umfeld möglich zu machen. ■

FORUMSVERANSTALTUNG MIT VDEK

Welche Zukunft hat der Hebammenberuf?

Zur Forumsveranstaltung mit über 250 Hebammen hatte das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren am 2. Dezember 2015 in das Irmgard-Bosch-Bildungszentrum nach Stuttgart eingeladen.

Für den Verband der Ersatzkassen (vdek) erläuterte Frank Winkler, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 134a SGB V mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene die entsprechenden Verträge schließt. Der Abschluss dieser Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe hat für die Krankenkassen eine bindende Wirkung.

Worum geht es: Im Versorgungsbereich ambulante Hebammenhilfe nach § 134a SGB V fand bereits am 24./25.09.2015 ein Schiedsstellentermin mit jeweiligem Schiedsspruch statt. Gegenstand des Termins waren die Ausschlusskriterien für Geburten im häuslichen Umfeld. Diese wurden mit 5:4 zugunsten der GKV „geschiedt“. Außerdem ging es um die Umsetzung des Sicherstellungszuschlages zur Finanzierung der Haftpflichtversicherung mit Geburtshilfe. Dies wurde mit 8:1 zugunsten der GKV entschieden. Die bisherige Diskussion um den Erhalt des Berufsstandes bezog sich auf die stark gestiegene Haftpflichtversicherung. Betroffen sind all jene freiberuflich tätigen Hebammen, die in der Geburtshilfe tätig sind. Dies sind ca. 4.000 Hebammen. Das heißt letztlich auch, dass Hebammen, die ausschließlich in der Geburtsvorbereitung oder im Wochenbett tätig sind, nicht von der Haftpflichtversicherung in Höhe von ca. 6.300 bis 8.000 Euro betroffen sind. Eine Haftpflichtversicherung ohne Geburtshilfe kostet zwischen 150,00 und 500,00 Euro im Jahr. Der vdek würde, wie alle anderen Kassenarten auch, diesen beinahe Komplettausgleich durch eine Umlage an den GKV-SV finanzieren. Für die Gesamt-GKV würde dies ein Haftpflichtfinanzierungsvolumen zwischen 15 Mio. und 20 Mio. Euro bedeuten,

bei derzeit ca. 4.000 betroffenen Hebammen (ambulante Geburtshilfe) von insgesamt 17.897 Hebammen in Deutschland. Die Begründung der Schiedssprüche sowie die Protokolle wurden den Schiedsstellenmitgliedern am 12.11.2015 übermittelt. Damit beginnt die einmonatige Frist ggf. Klage gegen die Schiedssprüche beim Sozialgericht Berlin einzureichen.

Zahl der Hebammen gestiegen

Für den vdek sind im Sinne seiner Versicherten eindeutig formulierte Qualitätskriterien von großer Bedeutung. „Der Schutz und die Sicherheit unserer Versicherten dürfen nicht außer Acht gelassen werden.“ Die Hebammenverbände sind jedoch nicht bereit, verbindliche Ausschlusskriterien für Hausgeburten zu konsentieren, so zum Beispiel der Verweis auf Kliniken bei Blutgruppen-Inkompatibilität (absolutes Ausschlusskriterium). Ein anderes Beispiel sind etwaige Gerinnungsstörungen (als sogenanntes relatives Ausschlusskriterium). Hier empfiehlt der vdek zum Beispiel ein fachärztliches Konsil, nach deren erfolgreicher Abklärung durch den Arzt die Geburt dann dennoch zu Hause durchgeführt werden kann. Auch bei Geburtshäusern sind diese Ausschlusskriterien seit vielen Jahren geregelt.

Hebammen und Entbindungspfleger sind wichtige Akteure im Gesundheitswesen, welche „mit Ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für unser gutes Gesundheitswesen im Land leisten“. Nicht stehen lassen wollte Frank Winkler, dass es immer weniger Hebammen gebe. So betrug die Anzahl der Hebammen in Deutschland im März 2009: 15.274, im November 2015: 17.897. Auch hinsichtlich der Gebühren



ÜBER DIE ZUKUNFT DES HEBAMMENBERUFES DISKUTIERTEN: Gesundheitsministerin Katrin Altpeter, Jutta Eichenauer/1. Landesvorsitzende des Hebammenverbandes Baden-Württemberg, Angelika Hensolt/SWR, Lydia Abdallah/Mutter und Ärztin, Bernd Fey/Geschäftsführer Regionalverbund Kirchlicher Krankenhäuser und Frank Winkler/Verband der Ersatzkassen (vdek) (von li. nach re.).

machte er deutlich, dass es in den Jahren 2007 bis 2015 mehrfache Gebührenanhebungen gegeben habe. Der Gebührenanstieg innerhalb von acht Jahren lag bei 38 Prozent.

Mit der Kampagne zur Stärkung der natürlichen Geburt stellt sich der vdek eindeutig auf die Seite der Hebammen, zumal Baden-Württemberg mit einer 33 Prozent Kaiserschnitttrate noch über dem Bundesdurchschnitt von 31 Prozent liegt. ■

BÜCHER

Achtung IGeL-Angebote

Viele gesetzlich Krankenversicherte bezahlen bares Geld für sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die die Krankenkasse nicht übernimmt. Das können etwa Ultraschallbilder sein, Zahnreinigungen oder Akupunktur-Behandlungen. Der 200-seitige Ratgeber gibt einen Überblick über die am häufigsten angebotenen IGeL und die zugehörige Bewertung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Zudem erfahren die Leser, wie sie in der Arztpraxis souverän über kostenpflichtige Angebote entscheiden, auch wenn sie bereits im Wartezimmer damit überumpelt werden.



Tanja Wolf
IGeL-Angebote beim Arzt
200 S., 12,90 €
Verbraucherzentrale NRW

Medizingeschichten

Wie kam es zur Entdeckung des Blutkreislaufes, 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, wo doch das Gehirn schon in der Antike trepaniert und erforscht wurde? Die Antworten auf diese und andere Fragen werden nicht nur wissenschaftlich exakt, sondern auch unterhaltsam gegeben. Das Buch bietet in populärwissenschaftlicher Weise neues Lese- und Bildungsvergnügen.



A. Otte, O. Erens (Hrsg.)
Geschichte(n) der Medizin
180 S., 38 €
Gentner Verlag, Stuttgart

SELBSTVERWALTUNGSRECHT

Warum dieses Grundprinzip der Deutschen Sozialversicherung so wichtig ist

Das Recht der Selbstverwaltung ist eines der Grundprinzipien der Deutschen Sozialversicherung. Die jeweiligen Träger der Sozialversicherung führen die ihnen staatlich zugewiesenen Aufgaben unter staatlicher Aufsicht eigenverantwortlich, organisatorisch und finanziell selbstständig durch. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung sind gesetzlich in den §§ 29 ff. SGB IV geregelt.

Das Werk bietet für die Praxis die Möglichkeit, sich schnell einen Überblick über die Struktur des Selbstverwaltungsrechts der Sozialversicherung zu verschaffen. Es hält genau die relevanten Informationen bereit, die man für die Arbeit wirklich benötigt:

- Welche Spielräume hat die Selbstverwaltung?
- Inwieweit sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit durch die Selbstverwaltung zu beachten?
- Welche Funktionen haben der Geschäftsführer, der Vorstand und die Vertreterversammlung in der Renten- und Unfallversicherung?
- Welche Aufgaben sind dem Vorstand und dem Verwaltungsrat in der Krankenversicherung zugewiesen?



C. Becher, F. Plate
Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung
911 S., 72 €
Erich Schmidt Verlag, Berlin

FÜR SIE GELESEN

Volkskrankheit Krebs

Krebs wird in den nächsten Jahren zu einer unserer größten Herausforderungen – menschlich wie gesundheitspolitisch. Fast jeder zweite Deutsche wird im Alter betroffen sein, Wissenschaftler gehen von 40 Prozent mehr Krebsfällen bis 2030 aus. Dennoch herrscht bei dieser Volkskrankheit enorme Unaufgeklärtheit – von der viele profitieren: der graue Markt für obskure Mittel, die Krankenhäuser mit ihrer lukrativen Vorsorgepraxis und die Pharmaindustrie, für die Krebsmedikamente, deren Preise sie selbst festlegt, der größte Wachstumszweig sind.

Der Autor beschreibt u. a., was im Gesundheitssystem schief läuft: die falschen finanziellen Anreize für die Kliniken und die Pharmaindustrie, mangelnde Transparenz, was Behandlungserfolge und -methoden betrifft.



Karl Lauterbach
Die Krebs-Industrie
287 S., 19,95 €
Rowohlt Verlag, Berlin

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Baden-Württemberg des vdek

Christophstr. 7, 70178 Stuttgart

Telefon 07 11 / 2 39 54-19

Telefax 07 11 / 2 39 54-16

E-Mail frank.winkler@vdek.com

Redaktion Frank Winkler

Verantwortlich Walter Scheller

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2220