

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE VDEK-PRESSEKONFERENZ Fehlverhalten im Gesundheitswesen | NEUER LANDESGESCHÄFTS-FÜHRER | ZUKUNFT DER PFLEGE Verbändeanhörung im Landtag | DIE ZUKUNFT DER KRANKENHÄUSER IM LAND

BADEN-WÜRTTEMBERG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2015

VDEK ZUR KLINIKREFORM

Finanzierungsfrage klären



FOTO: Barmer GEK

Die Klinikreform wird immer teurer. Nun sollen die Krankenhäuser Jahr für Jahr weitere 800 Millionen Euro bekommen. Auch wenn die nun zusätzlich vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Notfallversorgung, der Fortschreibung des Hygieneförderprogramms oder zusätzliche Mittel zur Förderung der Pflege im Rahmen des Pflegezuschlags sinnvoll sind, muss die Politik auch eine Antwort auf die Frage finden, woher das Geld für die Reform kommen soll.

Die Ersatzkassen erwarten beim Pflegekostenzuschlag, dass das Geld ausdrücklich dem Pflegepersonal und damit der Pflege am Bett zugutekommt und nicht für andere Zwecke verwendet wird. Die Kosten für die Reform werden bis 2020 auf mehr als 8 Milliarden Euro ansteigen.

Die Frage der Finanzierung muss unbedingt geklärt werden.

KRANKENHAUS

Leistungserbringer und vdek einig: Regional gut versorgt!

Ellio Schneider, Geschäftsführer der Waldburg-Zeil-Kliniken und gleichzeitig Moderator des BDPK-Bundeskongresses war sich mit Frank Winkler vom vdek in der Bewertung einig: Baden-Württemberg ist in der stationären Versorgung regional gut aufgestellt.

Das Reformkarussell der Bundesregierung ist in voller Fahrt. Die Debatten zur Krankenhausreform und zur – für die Rehabilitation wichtigen – Pflegereformen gehen in eine entscheidende Phase. Die Diskussionen werden intensiv und kontrovers geführt. In dieser Etappe der politischen Entscheidungsfindung wurden auf dem BDPK-Bundeskongress (Bundesverband Deutscher Privat-Kliniken) in Stuttgart zwei zentrale Fragen behandelt: Wie kann die stationäre Versorgung in Zukunft noch stärker und besser als bisher mit anderen Gesundheitsdienstleistungen vernetzt werden? Und: Welche Bedeutung hat die Gesundheitsversorgung in den Regionen? Beide Fragen stehen in enger Verbindung zueinander und behandeln im Kern die Zukunft der stationären Versorgung und deren Bedeutung für die Gesundheitsversorgung.

An dem Forum Rehabilitation mit dem Thema „Handlungsbedarf für eine leistungsfähige, medizinische Rehabilitation“ unter der Moderation von Ellio Schneider nahmen als Referenten Heike Baehrens MdB SPD, Hubert Seiter – DRV,

Berthold Müller – VDPK Baden-Württemberg und Frank Winkler – vdek LV Baden-Württemberg teil.

Prof. Dr. Gregor Thüsing befasste sich mit dem Thema „Wo das Wirtschaftlichkeitsgebot endet – Grenzen von Zuweisungsentscheidungen von Krankenkassen“. Außerdem ging es um die Weiterentwicklung der Reha-Richtlinie – aktueller Sachstand und Perspektiven, die optimierte Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung des MDK sowie um das Thema – „Versorgungsmanagement zwischen Akut und Reha – läuft's immer rund?“

„Regional sind wir in Baden-Württemberg weit besser versorgt als in anderen Bundesländern. Teilweise besteht ein Überangebot an Einrichtungen. Der Dialog mit den Partnern der für die Rehabilitation verantwortlichen Akteure funktioniert.“, stellte der stellv. Leiter des Verbands der Ersatzkassen (vdek) Frank Winkler in seinem Vortrag für die Landesvertretung Baden-Württemberg fest. Er berichtete beim BDPK Bundeskongress in Stuttgart über die aktuelle Gesetzgebung für die medizinische Rehabilitation.



Blockadehaltung aufgeben



von
WALTER SCHELLER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

FOTO: vdek

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann die medizinische Versorgung in Deutschland erheblich verbessern. Die Ersatzkassen begrüßen daher, dass die Politik mit dem geplanten E-Health-Gesetz diesen Prozess voranbringen will. Es ist an der Zeit, dass die elektronische Gesundheitskarte endlich auch für neue Anwendungen, wie zum Beispiel den digitalen Medikationsplan oder den Notfalldatensatz nutzbar gemacht wird. Dennoch sind für mich die Möglichkeiten einer flächendeckenden Telematik-Infrastruktur längst noch nicht ausgeschöpft.

Das Potential der Telematik im Gesundheitswesen ist riesig: Mehr Qualität, mehr Transparenz, vereinfachte Abrechnungsverfahren, all das verspreche ich mir von der Vernetzung. Leider haben wir zehn Jahre nach dem ersten Gesetz zur elektronischen Gesundheitskarte nicht sehr viel mehr erreicht, als die Ausgabe der Karten. Einzelne Leistungserbringer sind letztlich wegen ihrer Blockadehaltung hierfür verantwortlich; das bringt uns aber nicht weiter. Wir müssen weiterhin dafür Sorge tragen, dass unsere gute Gesundheitsversorgung besser wird. Durch das E-Health-Gesetz sollen die Verfahren zum Aufbau der Telematik-Infrastruktur jetzt beschleunigt werden. Gut so. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass die Telematik immer noch in den Kinderschuhen steckt.



Reform der Wiedereingliederungshilfe

Die Koalitionsvereinbarung sieht im Jahr 2016 ein Bundesteilhabegesetz zur Reform der Wiedereingliederungshilfe vor. Versprochen wurde eine finanzielle Entlastung der kommunalen Gebietskörperschaften in einer Größenordnung von rund 5 Milliarden Euro jährlich. Mittlerweile stehe fest, dass die versprochene finanzielle Entlastung der Kommunen nicht über die Eingliederungshilfe, sondern auf anderen Wegen erfolgen wird. Dennoch wird an der Reformabsicht festgehalten. „Ohne finanzielle Mittel wird dies allerdings nicht zu meistern sein. Zu befürchten sind daher Verschiebepbahnhöfe in Richtung Kranken- und Pflegekassen. Mit der Reform der Eingliederungshilfe kommen erhebliche finanzielle Belastungen auf die Kranken- und Pflegeversicherung zu, ohne dass dadurch Leistungsverbesserungen bei den Betroffenen ankommen.“, kritisierte Frank Winkler.

Unter dem Stichwort Personenzentrierung sollen stationäre Komplexleistungen in Einzelteile zerlegt und jeweils anderen Kostenträgern zugeordnet werden. Gleichzeitig wird angestrebt, Leben und Versorgung im „Sozialraum“ zu sichern. Dies ist eine Forderung auf der Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention. Diese Entwicklung wird auch für die Rehabilitation – bis hin zu ambulanten und mobilen Rehabilitationsangeboten – Auswirkungen haben.

Ambulante Rehabilitation

Abweichend von internationalen Entwicklungen war die Rehabilitation in Deutschland fast monopolartig stationär und damit wohnortfern geprägt. Seit Mitte der 90er Jahre entwickelte sich in Deutschland, aufbauend auf Modellversuchen, neben der stationären Rehabilitation ein ambulantes rehabilitatives Angebot. Bezugspunkt ist die trägerübergreifend verabschiedete Rahmenempfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten



FOTO: BDPK e. V. – Joachim E. Hötgers

DAS PLENUM mit den Diskutanten

medizinischen Rehabilitation. „Der Anteil ambulanter rehabilitativer Maßnahmen am Gesamtaufkommen rehabilitativer Leistungen ist in den letzten Jahren zwar deutlich steigend, macht aber bisher trotzdem nicht mehr als ca. fünf Prozent der Gesamtausgaben aus. Die gegenwärtige Entwicklung findet vor allem in den Balzräumen statt und stellt sich in den einzelnen Indikationen sehr unterschiedlich dar. Bisher bestehen nur vereinzelte Angebote zur mobilen Rehabilitation, und zwar vorrangig für die geriatrische mobile Rehabilitation. Dies muss sich ändern.“ forderte Frank Winkler. Aus heutiger Sicht ist ein isoliertes mobiles Rehabilitationsangebot nicht wirtschaftlich zu erbringen, deshalb ist die Vorstellung der Verbände der Krankenkassen die, dass zunächst den bestehenden ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit zur mobilen Erbringung ihrer Leistungen eröffnet werden soll. Derzeit werden hierfür Eckpunkte auf der Bundesebene erarbeitet.

Zweistufiges Verfahren zur Reha-Antragsstellung ist Vergangenheit

„Kritisiert wird das zweistufige Verfahren zur Reha-Antragsstellung nach den Reha-Richtlinien. Damit ist nun Schluss. Das Verfahren soll geändert werden.“, so Frank Winkler. „Eine Arbeitsgruppe des GBA hat sich der Thematik angenommen. Noch in diesem Jahr ist mit einer Änderung der Reha-Richtlinien und somit mit einem vereinfachten Verordnungsverfahren zu rechnen. Ganz wichtig, die

Qualifikationsanforderungen entfallen: zukünftig ist jeder Arzt berechtigt, Reha zu verordnen.“

Ein weiteres Thema ist die Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor und bei Pflege“. Die Ergebnisse, die jetzt vom Zentrum für Sozialpolitik veröffentlicht wurden, zeigen, dass sich die Einführung eines Gute-Praxis-Standards als gewinnbringend erwiesen hat. Im Rahmen des Projektes konnte der Anteil festgestellter Rehabilitations-Indikationen auf 6,3 Prozent erhöht werden.

Versorgungsstärkungsgesetz

„Eine weitere gemeinsame Aufgabe, die uns mit dem Versorgungsstärkungsgesetz übertragen wurde, ist das Entlass-Management nach der stationären Rehabilitation. Der Gesetzgeber macht es sich nach unserer Auffassung leicht, was die Ausgestaltung der rechtlichen Grundlagen angeht.

Gut gemeint, aber ...

Die Verankerung des Anspruchs der Versicherten auf ein Entlass-Management gegenüber der Krankenkasse in § 40 SGB V führt dazu, dass eine Unterstützung

KRANKENHAUSREPORT

Zukunftsfähige Strukturen gestalten

Nachdem die Finanzierungsreform im Krankenhaussektor mit der Etablierung der DRGs fast abgeschlossen ist, sind jetzt geeignete Strukturen gefragt, um die bedarfsgerechte stationäre Krankenhausversorgung auch zukünftig zu gewährleisten. Zunehmende Privatisierungen, Verbundbildungen und Fusionen einzelner Krankenhäuser bezeugen, dass bereits Umbrüche stattfinden. Gleichzeitig ist jedoch bekannt, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung parallel existieren und qualitative Unterschiede herrschen. Die Bundesländer stehen in der Kritik, bisher für die Krankenhausplanung keine zukünftigen Konzepte entwickelt und bei

ausbleibender Investitionsfinanzierung überkommene Strukturen konserviert zu haben.

Der Krankenhaus-Report 2015 widmet sich dem notwendigen Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft. Namhafte Autoren untersuchen die derzeitige Entwicklung und durchleuchten die Problemfelder. Der Report präsentiert konkrete Ansatzpunkte und Strategien, mit denen der Strukturwandel aktiv gestaltet werden kann.



Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasen (Hrsg.)
Krankenhausreport – Report 2015
569 S., 54,99 €
Schattauer-Verlag

der Krankenkassen nur für die Rehabilitanden vorgesehen ist, die auch die eigentliche Reha-Maßnahme zu Lasten der Krankenkasse durchführen. Auch AU-Schreibung, Verordnung von Medikamenten und Heilmitteln – alles nur

für die Rehabilitanden der Krankenkassen. Im Ergebnis müssen wir daher festhalten: Entlass-Management nach der Reha – gut gemeint, aber nicht gut gemacht.“, so Frank Winkler in seiner Bewertung. ■



BDPK PODIUMSDISKUSSION AM 24. JUNI 2015 IN STUTTGART: Berthold Müller, 1. Vorsitzender des VDPK Baden Württemberg, Heike Baehrens MdB SPD, Hubert Seiter/ Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Ellio Schneider/Moderator, Prof. Dr. Gregor Thüsing/Universität Bonn, Frank Winkler/Verband der Ersatzkassen (vdek) Baden-Württemberg (Foto von re. nach li.).

Winfried Plötze neuer Landesgeschäftsführer

Seit dem 1. Juli ist Winfried Plötze neuer Landesgeschäftsführer der BARMER GEK Baden-Württemberg. Er folgt somit auf Harald Müller, der Ende Juni nach fast 46 Jahren in den Ruhestand gegangen ist. Der ersatzkasse report. hatte darüber in seiner vorigen Ausgabe berichtet.

Wir heißen Winfried Plötze im Verbund der Mitglieds-kassen, dem Verband der Ersatzkassen (vdek), an nunmehr exponierter Stelle auf das Herzlichste willkommen. Wie mit Harald Müller, der als Landesgeschäftsführer nach fast 46 Jahren in den Ruhestand getreten ist, werden wir auch mit dem neuen Landesgeschäftsführer gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Die Ersatzkassen mit ihrem Verband zeichnet vor allem die immer faire und konstruktive Zusammenarbeit aus. Wir sind von dem Gedanken beseelt, gute und einvernehmliche Lösungen für unsere Versicherten zu erzielen.“, so Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg.

Die Laufbahn des 48-Jährigen begann 1986 mit der Ausbildung zum Sozialversicherungsangestellten bei der Gmünder Ersatzkasse. Es folgten zwei berufsbegleitende Studiengänge zum Krankenkassenbetriebswirt und zum Diplom-Kaufmann im Krankenversicherungsmanagement. Seit der Fusion von BARMER und Gmünder Ersatzkasse im Jahr 2010 war Winfried Plötze in unterschiedlichen Führungspositionen im Unternehmen tätig, u. a. als Regionalgeschäftsführer in Berlin.

Winfried Plötze fordert eine Rückkehr zur vollständigen paritätischen Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. „Hier werden die Versicherten derzeit übermäßig finanziell belastet. Das muss ein Ende haben. Das ewig aufgeführte Argument, steigende Sozialversicherungsbeiträge reduzierten



WINFRIED PLÖTZE Landesgeschäftsführer der BARMER GEK Baden-Württemberg

die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands, ist nicht haltbar. Der Faktor Arbeit wird durch den Arbeitgeberanteil in der Krankenversicherung nicht überproportional verteuert.“

Alternative Wohnformen fördern

Ein weiteres wichtiges Thema ist für den neuen Landesgeschäftsführer die Zukunft der Pflege in Baden-Württemberg. „Das Thema bewegt mich seit Jahren, jetzt möchte ich selber etwas bewegen“, so Plötze. „Vor allem in den alternativen Wohnformen sehe ich Chancen, die bisher zu wenig genutzt wurden. Als Kasse können wir hier gemeinsam mit den Kommunen tätig werden. Denn klar ist: Wenn wir 2050 den Pflegehöchststand im Land erreichen, brauchen wir Antworten. Diese Antworten müssen aber schon jetzt gegeben werden.“

Die Zukunft der Krankenhäuser im Land



FOTO vdek

Wie gelingen uns mit der anstehenden Krankenhausreform die strukturellen Veränderungen, um zu weniger Operationen, weniger leer stehenden Betten und gleichzeitig mehr Qualitätsorientierung, mehr Transparenz und mehr Wirtschaftlichkeit zu kommen? Die Akteure des Krankenkassenbündnisses im Südwesten sind gefordert: Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden unter denen sich alle Menschen in Baden-Württemberg – und zwar unabhängig davon, wo sie wohnen – auch in Zukunft auf eine schnelle und zuverlässige stationäre Versorgung verlassen können. Gesundheitspolitisch legt die große Koalition im Bund ein atemberaubendes Tempo vor. Nach dem Versorgungsstärkungsgesetz und dem Präventionsgesetz erwartet uns jetzt mit dem Krankenhausstrukturgesetz ein weiteres großes Projekt. Die Akteure auf Landesebene sind jedenfalls gefordert: Wie können wir die neuen Instrumentarien gemeinsam im Interesse der Patienten „gangbar“ machen? Baden-Württemberg hat in der Vergangenheit krankenhauserplanerisch deutlich mehr geleistet als viele andere Länder. Aber auch bei uns besteht weiter Handlungsbedarf. Die gesundheitspolitische Veranstaltung findet am 22. Oktober 2015 im Hospitalhof, Büchsenstraße 33 in Stuttgart statt. Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

FOTO BARMER GEK

Modellversuch funktioniert



FOTO vdek

SIND SICH EINIG: Eva-Maria Armbruster/Diakonisches Werk Württemberg, Walter Scheller/vdek, Dr. Johannes Fechner/KV Baden-Württemberg, Prof. Dr. Reinhold Wolke/Hochschule Esslingen, Frank Winkler/vdek. Nicht auf dem Foto: Martin Jensen/Caritas (von links nach rechts).

Im Rahmen der Pressekonferenz wurde als Ergebnis festgehalten: Die durchgeführten Untersuchungen verdeutlichten, wie wenig der derzeit gültige Verordnungsprozess gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ (RVhK) den Bedürfnissen und der Lebenssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht wird. Menschen, die häusliche Krankenpflege erhalten, sind in der Regel hochaltrig, Hilfe bedürftig und ihrer Gesundheit sowie ihren alltagspraktischen Fähigkeiten eingeschränkt. Sie können daher den Ihnen im Verordnungsprozess zugedachten Aufgaben zumeist nicht gerecht werden. Der Richtlinienprozess wird in der Verordnungspraxis dann folgerichtig nicht angewandt, Schattenprozesse haben sich etabliert. Es wurde ebenfalls deutlich, dass der aktuelle Verordnungsprozess gemäß RVhK zu hohem (Arbeits-)Aufwand, insbesondere für die Pflegedienste, aber auch für Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Krankenkassen führt, auch um die dem Verordnungsprozess nach RVhK eigenen Defizite zu kompensieren. Der evaluierte Modellprozess ist dem Verordnungsprozess gemäß Verordnungsrichtlinie (RVhK) überlegen. Die Aufgaben im Modellprozess entsprechen stärker den Kompetenzen der Handelnden (Ärzte, Pflegedienste, Patienten und Angehörige). Der bürokratische Aufwand wird verringert. Einbußen in der Qualität der Versorgung konnten nicht beobachtet werden, die ärztlichen Versorgungsziele blieben mindestens erreicht. Die KV befürwortet den Modellversuch.

„Die Ergebnisse und die daraus resultierenden Konsequenzen wurden an die Bundesebene weitergetragen, weil nur von dort aus weitere grundsätzliche Schritte angegangen werden können. Mit einer Überarbeitung des derzeitigen Ordnungsformulars könnte meines Erachtens schon viel erreicht werden“, so Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg.

Signalwirkung nicht unterschätzen

Immer wieder berichten Medien über Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Die Geschädigten sind zumeist die Krankenkassen und somit auch die Versicherten, die Monat für Monat ihre Krankenkassenbeiträge entrichten. Durch unbewusstes, aber auch geplantes Fehlverhalten werden dem Gesundheitswesen jährlich erhebliche Gelder entzogen. Diese stehen damit für die gesundheitliche Versorgung der Versicherten nicht mehr zur Verfügung.

Aus diesem Grund gibt es seit 2004 bei jeder Krankenkasse und ihrem Landesverband Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Rechtsgrundlage ist § 197a SGB V. Diese gesetzliche Aufgabe wurde den Krankenkassen und deren Verbänden mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) übertragen.

Walter Scheller und Frank Winkler berichteten im Rahmen einer Pressekonferenz über den Verlauf der Ergebnisse von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg für den Zeitraum 2006 bis heute. Im Einzelnen wurde dargestellt:

- Was Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist und welche Leistungserbringer über die Jahre in welchem Maße involviert waren und sind.
- Die Abgrenzung von Vertragsverstoß und Fehlverhalten im Gesundheitswesen.
- Die Möglichkeiten und die zu nehmenden Hürden bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.
- Welche Signalwirkung auf Grund der Aufdeckung von Fehlverhalten auslöst wird.
- Die daraus resultierenden vdek-Forderungen.

Die Pressekonferenz wurde am Freitag, 11. September 2015, in der vdek-Landesvertretung durchgeführt.

Die Ersatzkassen in Baden-Württemberg bekämpfen Fehlverhalten im Gesundheitswesen mit allen Mitteln, die ihnen gesetzlich zur Verfügung stehen. Für die Krankenkassen besteht die Verpflichtung, die Beiträge ordnungsgemäß und wirtschaftlich zu verwenden. Fehlerhafte oder unkorrekte Abrechnungen von Leistungserbringern führen zu einer Fehlleitung von finanziellen Ressourcen. „Konsequent gehen wir jedem Hinweis auf möglichen Abrechnungsbetrug nach. Unser Ziel ist es, den dadurch verursachten finanziellen Schaden für unsere Versicherten so gering wie möglich zu halten. Leistungserbringer, die das Gesundheitssystem vorsätzlich betrügen, müssen konsequent und für immer von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen werden. Hierzu brauchen und fordern wir effektivere Durchgriffsrechte.“, so Walter Scheller.

Aus Theorie wird Praxis

Ende August 2015 wurde einer Mitarbeiterin des vdek die Gelegenheit gegeben, als Hospitantin in einem Rettungstransportwagen (RTW) den Arbeitsalltag in der Notfallrettung hautnah zu erleben.

Text: Evelyn Stiefenhofer

Ein Erfahrungsbericht: Teilgenommen wurde an einer Früh- sowie an einer Spätschicht beim Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD), Ortsverband Stuttgart, um den gesamten Tagesablauf miterleben und beurteilen zu können.

Erfahrungen und Eindrücke

Da in den ersten Stunden der Frühschicht keine Alarmierung des vorgehaltenen RTW erfolgte, konnte diese „Leerzeit“ zunächst als Lehrzeit genutzt werden. Die Räumlichkeiten der Rettungswache, die sich im Diakonie-Krankenhaus, Stuttgart, befindet, wurden in Augenschein genommen. Im Anschluss daran wurde der Rettungstransportwagen mit seiner umfangreichen medizinischen Ausstattung erklärt.

Spannend wurde es, als die erste Alarmierung durch die Leitstelle für einen Einsatz mit Sondersignal erfolgte. Beobachtet werden konnte, dass sich die Besatzung des RTW zügig an besagtem Fahrzeug einfand und die Fahrt durch die vielbefahrenen Straßen Stuttgarts gut meisterte.

Bereits beim Aufsuchen des ersten Patienten konnte festgestellt werden, dass die medizinische Grundausstattung der Rettungsassistenten/-sanitäter, die mit zum Patienten vor Ort getragen werden muss, einiges an Gewicht aufweist. In späteren Einsätzen zeigte sich jedoch auch, dass bestimmte Behelfe vorhanden sind, die die Mitarbeiter körperlich entlasten.

Weiter konnten die in den Budgetverhandlungen zwischen Kosten- und Leistungsträgern häufig diskutierten Sachverhalte und Vorgehensweisen der Notfallrettung in den Schichten erlebt und nachvollzogen werden.



EVELYN STIEFENHOFER, VDEK: Erlebte den Arbeitsalltag in der Notfallrettung in einem Rettungstransportwagen hautnah mit.

FOTO: Malteser Hilfsdienst e.V.

So wurde die Adresse eines Notfallortes von dem Disponenten der integrierten Leitstelle falsch verstanden und weitergegeben, so dass sowohl der RTW, die Feuerwehr wie auch die Polizei zunächst zum falschen Ort fuhren und sich erst nach weiterer Nachfrage zum „richtigen“ Einsatzort aufmachten. In den meisten beobachteten Fällen konnte der RTW jedoch die Hilfsfrist, die in Baden-Württemberg 10, höchsten 15 Minuten beträgt, einhalten.

Weiter konnte die bekannte Problematik, dass ein RTW, der seiner Bestimmung nach nur für Notfälle zuständig ist, als Krankentransportwagen (KTW) genutzt wird, beobachtet werden. Durch eine überlange Wartezeit auf einen KTW verärgert, deklarierte ein Angehöriger des Patienten ein häusliches Missgeschick als Notfall. Somit war der RTW gebunden und hätte bei einer weiteren Alarmierung durch die Leitstelle nicht zur Verfügung stehen können.

Andererseits war das Einsatzaufkommen durchaus vertretbar. Eine Rückkehr zur Rettungswache war nach den meisten

Einsätzen ohne Probleme möglich. Dies deutet darauf hin, dass die Vorhaltung der Rettungsmittel der Notfallrettung im Rettungsdienstbereich Stuttgart vollkommen ausreichend ist.

Es machte den Eindruck, dass die beteiligten Mitarbeiter des MHD außerordentlich gut ausgebildet sind. Auffällig war, dass die Rettungsassistenten und Rettungsassistenten auch in Stresssituationen im Umgang mit den Patienten kompetent, höflich, freundlich und zuvorkommend handelten. Die große körperliche und seelische Belastung wurde gut kompensiert.

Fazit

Die Hospitation hat einen gelungenen Einblick in den Arbeitsalltag der Stuttgarter Notfallrettung ermöglicht. Die gewonnenen Eindrücke werden beim vdek in die tägliche Arbeit einfließen. Somit kann in den Verhandlungen mehr Verständnis für die Sichtweise der Leistungsträger erbracht werden. ■

Verbändeanhörung im Landtag: Die Zukunft der Pflege

Was kann uns allen passieren? Tumorerkrankung, Schlaganfall, Demenz – wir wissen es nicht. Wir wissen aber um die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen. Diese wurden am 24. Juli 2015 im Landtag aufgezeigt.

Die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung setzt eine stabile Finanzierung voraus. Die 1995 als Teilkostenversicherung eingeführte soziale Pflegeversicherung hat sich bewährt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind auf der Grundlage sich wandelnder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen regelmäßig und in angemessener Weise zu dynamisieren. Etwa vier Prozent bei allen bisherigen Pflegeleistungen sind notwendig, um dem inflationsbedingten Preisverfall der Leistungen entgegenzuwirken.“, führte Frank Winkler, stellv. Leiter des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) für die B 52 Verbändekooperation Baden-Württemberg, vor den Abgeordneten des Landtags im Plenarsaal aus.

Wichtiger Reformschritt

„Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist eines der wichtigsten Reformschritte in der sozialen Pflegeversicherung überhaupt und wird die Situation demenzkranker Pflegebedürftiger erheblich verbessern“, erklärte Frank Winkler anlässlich der Verbändeanhörung der Enquetekommission „Pflege“ im Landtag von Baden-Württemberg. „Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist umfassender und wird von uns begrüßt. Kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten werden einbezogen. Entscheidend ist eine gesicherte Finanzierung. Es ist richtig, die anstehenden Reformen über eine Beitragssatzerhöhung von 0,2 Prozentpunkten ab 2017 zu finanzieren.“ Dieses Geld reiche aber nicht aus, um vor allem die umfassenden Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen für den Übergang von den drei Pflegestufen zu den fünf Pflegegraden zu finanzieren. Zur Deckung dieser Kosten werden die Pflegekassen die Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erheblich abschmelzen müssen. „Angesichts der zu erwartenden Verbesserungen für die Pflegebedürftigen und um die Akzeptanz für das neue Begutachtungssystem zu steigern, ist dies jedoch sinnvoll angelegtes Geld.“

Pflegenoten

Für reformbedürftig hält die Verbändekooperation die Pflegenoten. Ein neuer Qualitätsausschuss soll die Aufgabe übernehmen,

ein Nachfolgemodell für die Pflegenoten zu erarbeiten. „Die Pflegenoten müssen aussagekräftiger werden, eine Überarbeitung ist daher dringend geboten. Trotz aller Kritik ist es aber eine richtige Entscheidung, das bestehende Notensystem zunächst weiterzuführen. Das ist deutlich besser als gar keine Transparenz.“

Landesheimbauverordnung

„Bei der Landesheimbauverordnung besteht die Gefahr, dass mit dem obligatorischen Einzelzimmergebot ab dem Jahr 2019 ein Engpass in der stationären Versorgung entstehen kann. Hier fordern wir von Land und Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bei der Pflegeinfrastruktur ihre Anstrengung zur Förderung alternativer Wohnformen noch zu verstärken.“

Netzwerke sind wichtig

„Der pflegebedürftige Mensch ist ganzheitlich und nicht nur nach den Kategorien der sozialen Pflegeversicherung in den Blick zu nehmen. Es geht um tragfähige Netzwerke in allen Lebenswelten, hier sind viele Akteure gefragt. Selbständiges Wohnen in vertrauter Umgebung muss möglich sein. Wir müssen einer Entmischung der Generationen entgegenwirken.“, war ein weiteres Anliegen der Verbändekooperation.

Das Video der Verbändeanhörung finden Sie unter <http://www.landtag-bw.de/cms/home/mediathek/videos.html> ■



FOTO: Julia Bragger, BKK LV Süd

„DIE LEISTUNGSFÄHIGKEIT DER PFLEGEVERSICHERUNG setzt eine stabile Finanzierung voraus.“, so Frank Winkler im Landtag.

BÜCHER

Gesundheits- ökonomie

Die Verknüpfung von medizinischen und wirtschaftswissenschaftlichen Kenntnissen wird angesichts des sich abzeichnenden Strukturwandels im Gesundheitswesen immer wichtiger. Das Buch stellt die Grundlagen der Gesundheitsökonomie einschließlich der wichtigsten Evaluationsmethoden dar. Es vermittelt ein Grundverständnis für wirtschaftswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Zusammenhänge und baut Brücken zwischen Ökonomie und Medizin.



Lauterbach/Stock/Brunner & al.(Hrsg.)
Gesundheitsökonomie
360 S., 49,95 €
Verlag Hans Huber, Bern

Gesundheits- reformen

Der Begriff „Gesundheitsreform“ gehört zum deutschen Sprachgut. Das Buch schildert den ökonomischen und rechtlichen Rahmen von Gesundheitsreformen, die Entwicklung der GKV von der Lohnersatzkasse zur Finanzierungsgrundlage der größten Dienstleistungsbranche unserer Volkswirtschaft sowie die Abläufe von Reformen der GKV seit 1988 mit den Schwerpunkten Organisation und Finanzierung der GKV, Umfang der GKV-Leistungen, Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern, aber auch Struktur der medizinischen Versorgungseinrichtungen, Arzneimittelversorgung und Pflegeversicherung.



Knieps/Reiners
Gesundheitsreformen in
Deutschland
388 S., 29,95 €
Verlag Hans Huber, Bern

KRANKENHAUS

Betriebsmittel nicht zweckentfremden



FOTO: ViLevi - Fotolia.com

Was einmal gesagt werden muss: Die baden-württembergische Landesregierung hat die Fördermittel für Krankenhausinvestitionen in den vergangenen vier Jahren deutlich angehoben. Auch für das kommende Jahr ist eine weitere Steigerung der Gesamtmittel auf dann 455 Mio. Euro vorgesehen. Dies wird ausdrücklich anerkannt. Gleichzeitig ist aber auch festzuhalten, dass diese Aufstockung der Fördergelder nicht ausreicht, um der Zweckentfremdung der von den Krankenkassen finanzierten Betriebsmittel wirksam zu begegnen. So hat die unzureichende Investitionskostenförderung der vergangenen Jahre dazu geführt, dass einerseits ein ganz erheblicher Förderstau aufgelaufen ist und andererseits der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser auf viel zu niedrigem Niveau stagniert. 2014 haben die Investitionskosten nur 4,8 Prozent der Einnahmen der Krankenhäuser in Baden-Württemberg ausgemacht. Die Investitionskostenquote in Baden-Württemberg liegt damit aktuell zwar signifikant über dem Bundesdurchschnitt, aber immer noch unter fünf Prozent. Bereits 2006 hat die Expertenkommission zur Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg allerdings festgestellt, dass sie mindestens zehn Prozent betragen sollte.

FAKTENPAPIER ZUR KH-REFORM

Zahlen, Daten und Fakten zählen



GRAFIK: vdek

DKG und Landeskrankenhausgesellschaften haben im September eine bundesweite Kampagne gegen die anstehende Krankenhausreform durchgeführt. Auffallend ist, dass sie sich ausschließlich mit Finanzfragen, nicht aber mit Strukturen, etwa Qualität, Pflegekräfte oder Strukturfonds, beschäftigen. Weiße Teile der Reform werden einfach abgelehnt. Dabei ersetzen Schlagworte, falsch interpretierte und unterlassene Informationen eine sachliche Auseinandersetzung mit den vorhandenen Fakten. Der vdek in Baden-Württemberg fordert dazu auf, bei Zahlen, Daten und Fakten zu bleiben. Eine Gegenüberstellung der Thesen der DKG mit den Fakten, welche die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg zusammengestellt hat, finden Sie unter: <http://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/veroeffentlichungen.html>

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