

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE GEBURTSHILFE Ersatzkassen im Gespräch mit der Politik | INTERVIEW Prof. Hartmut Göbel über multimodale Schmerztherapie | KRANKENHAUSPLANUNG Fokus auf Qualität

SCHLESWIG-HOLSTEIN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2014

ZAHLENWERK

vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015

QUELLE: vdek



Wie viele gesetzliche Krankenkassen gibt es in Deutschland – und wie viele waren es noch vor 20 Jahren? Wie hat sich die Zahl der Geburten entwickelt – und wie der Anteil der Kaiserschnitte? Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung – und wie verteilen sie sich?

Aktuelle Antworten auf diese und viele andere Fragen finden sich in der Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens“, die zum Jahreswechsel bereits zum 19. Mal erscheint. Auf knapp 60 Seiten enthält das Nachschlagewerk Tabellen und Grafiken zu Themen von Arzneimitteln bis Zahnärzten.

Sie können diese Broschüre auch unter basisdaten@vdek.com bestellen oder Abbildungen zu den einzelnen Themen im Internet unter www.vdek.com/presse/daten.html ansehen und herunterladen.

RETTUNGSDIENSTGESETZ

„Rette sich, wer kann!“

Die Landesregierung hatte Großes vor. Sie wollte das Rettungsdienstgesetz von 1991 grundlegend überarbeiten. Aber selten hat es von allen Seiten so substantielle und harsche Kritik an einem Gesetzesvorhaben gegeben wie an diesem. Nun ist der Entwurf zunächst einmal zurückgestellt.

Die Landesregierung wollte mit ihrem Gesetzentwurf die „Weichen für die zukünftige Notfallversorgung stellen“, indem unter anderem konkrete Regelungen zur Luft- und Wasserrettung eingeführt und das neue Segment der „arztbegleitenden Patiententransporte“ geschaffen werden sollten. Bereits vor Einleitung des eigentlichen Gesetzgebungsverfahrens nahmen die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände Stellung zum Referentenentwurf und sprachen die aus Sicht der GKV besonders kritischen Punkte an.

Der Entwurf ist kein großer Wurf

Nach dem Entwurf will das Land die Trägerschaft der Luftrettung übernehmen und deren Struktur in einer Bedarfsplanung festlegen. Die Luftrettung etablierte sich in Schleswig-Holstein 1970, ohne dass es dazu landesrechtliche Normierungen gab. Die Vertragspartner haben das System kontinuierlich weiterentwickelt. Dazu zählt die Optimierung der Standorte in den Jahren 2002/2003 – auf die heutigen Luftrettungszentren in Niebüll, Rendsburg und Sibling – ohne Vorgaben des Landes.

Der GKV erschließt sich nicht, welchen zusätzlichen Nutzen es für den Rettungsdienst bringt, wenn das Land sich hier selbst zum Aufgabenträger macht.

Extrem problematisch sind aus Sicht der GKV die sehr weitreichenden aber gleichzeitig völlig unbestimmten Regelungen zur Wasserrettung. Die Badeaufsicht, die die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) traditionell in den Sommermonaten an Stränden stellt, und die allgemeine Gefahrenabwehr fallen dabei nicht unter die Aufgaben des neuen Rettungsdienstgesetzes. Die DLRG und andere Hilfsorganisationen sollen die Aufgaben der Wasserrettung als „Beliehene“ übernehmen – und zwar jederzeit. Mit welcher Ausrüstung und welchem wie qualifizierten Personal sie das in Schleswig-Holstein mit seinen knapp 1.200 Kilometern Küstenlinie und 300 Seen gewährleisten sollen, ist völlig ungeklärt – ebenso, in welchem Maße dies die GKV als Refinanzierer betrifft.

Des Weiteren sollen „Arztbegleitete Patiententransporte“ mit einem eigenen Rettungsmittel, dem Verlegungseinsatzfahrzeug (VEF), eingeführt werden. Aus Sicht der Krankenkassen gehören Verlegungsfahrten zwingend in den Bereich des



KOMMENTAR

„Hilfsfrist verlängert“

FOTO: vdek



von
ARMIN TANK
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Das betrifft nicht die Zeit, in der ein Rettungswagen oder ein Notarzt am Einsatzort beim Patienten eintreffen muss. Diese 12-Minuten-Frist wird im Gesetzentwurf nicht angefasst. Der „Patient“ ist der Gesetzentwurf an sich. Da braucht die Landesregierung offenbar noch Zeit, um den unausgegorenen Entwurf, der jetzt vorliegt, zu etwas Gutem reifen zu lassen.

Gut ist zu diesem Zeitpunkt allein die Entscheidung, den Entwurf zurückzustellen, um ihn grundlegend zu überarbeiten. Manchmal hilft dabei ein Blick über den Tellerrand: Beispielsweise haben Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen, die auch über lange Küstenlinien verfügen, viel „schlankere“ Regelungen für die Wasserrettung gefunden.

Aber es stellt sich nicht nur die Frage, was sinnvoll ist, sondern auch, was gerecht und rechtens ist. Da zwickt es vor allem bei der Abgrenzung zum Katastrophenschutz ganz gewaltig! Dieser ist eine originäre Aufgabe des Landes – und damit aus Steuermitteln zu finanzieren. Angesichts chronisch leerer Kassen schien es da wohl – im wahrsten Sinne des Wortes – billig zu sein, diese Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung abzuwälzen. So geht das nicht!

Es gibt noch einiges zu tun, bevor man am Ende vielleicht doch noch sagen kann: „Der Patient Rettungsdienstgesetz hat überlebt!“



Krankentransports und nicht zur Notfallrettung. Schon heute erfolgt bei solchen Sekundärtransporten in den medizinisch gebotenen Fällen eine Arztbegleitung. Die Vorhaltung von VEF wäre ineffizient und würde zudem die knappe Ressource „Arzt“ unnötig binden. Außerdem ist zu befürchten, dass eine solche Leistungsausweitung eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung auslöst.

Wer soll das bezahlen?

Insgesamt enthält der Entwurf zahlreiche Punkte, die zu einer deutlichen Ausgabensteigerung der GKV führen würden. Ein großes – auch rechtliches – Problem ist, dass die Regelung zur Nichtberücksichtigung von Kosten für Zwecke des Katastrophenschutzes und des Brandschutzes wegfallen soll. Dadurch besteht die Gefahr, dass Kosten für besondere Versorgungs- und Beförderungsaufgaben, die hauptsächlich von Brand- und Katastrophenschutz und nur gelegentlich von Einrichtungen des Rettungsdienstes genutzt werden, komplett auf die GKV abgewälzt werden, die hierfür jedoch gar nicht zuständig ist.

In der Weiterentwicklung des Referententwurfs zum ersten Kabinettsentwurf

sind einige Passagen entschärft oder sogar ganz gestrichen worden. Die zentralen Problemfelder blieben aber nahezu unverändert. Stand der Dinge nach der Verbändeanhörung zum ersten Kabinettsentwurf ist, dass die ursprünglich für diesen Monat vorgesehene zweite Kabinettsbefassung ins nächste Jahr verschoben wurde.

Die Umsetzung des Notfallsanitätärgesetzes soll nun separat geregelt werden. Es besteht Handlungsbedarf, weil die Ausbildung des ersten Jahrgangs bereits begonnen hat. Aber es besteht in zentralen Fragen auch noch Klärungsbedarf. Das betrifft wieder einmal die Finanzierung, bzw. den Teil, der von der GKV zu tragen ist. Dabei geht es nicht nur um die Frage der Ausbildung neuer Notfallsanitäter mit allen Nebenkosten, sondern auch um die Weiterbildung des derzeitigen Personals. Es stellt sich die Frage, ob alle gut 2.000 derzeit eingesetzten Rettungsassistenten – also auch die Fahrer der Notarzt-Einsatzfahrzeuge, der jeweils „zweite Mann“ auf dem Rettungswagen oder die Disponenten in den Leitstellen – die Höherqualifizierung benötigen. Hierzu laufen derzeit Gespräche zwischen der GKV, den Kommunalverbänden als Trägern des Rettungsdienstes und dem Sozialministerium. ■

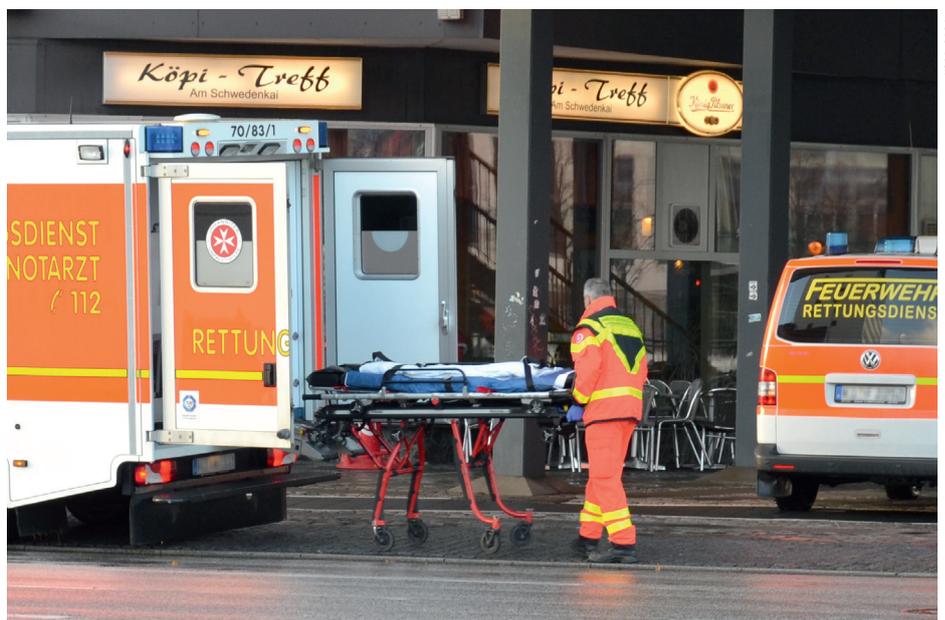


FOTO: vdek

DIE GESETZLICHEN KRANKENKASSEN geben in diesem Jahr etwa 165 Millionen Euro für den Rettungsdienst in Schleswig-Holstein aus.

INTERVIEW

„Schmerzen lindern durch koordinierte Therapie“

Die Schmerzlinik Kiel zählt zu den ersten Adressen in der Schmerztherapie. Auch Ersatzkassen hatten für ihre Versicherten IV-Verträge abgeschlossen. Vor einem Jahr wurde die Einrichtung in den Krankenhausplan aufgenommen. Prof. Hartmut Göbel erläutert seinen Ansatz der koordinierten multimodalen Schmerztherapie.

vdek Welche Besonderheiten zeichnen Ihr Behandlungskonzept aus?

Prof. Göbel Unser Behandlungskonzept konzentriert sich auf Migräne, chronische Kopfschmerzen und andere neurologische Schmerzerkrankungen. Diese zählen zu den zehn am stärksten behindernden Leiden und gleichzeitig zu den drei teuersten neurologischen Erkrankungen. Traditionelle sektorale Versorgungs- und medizinische Fachgrenzen verstärken deren Chronifizierungs-Tendenz. Die Schmerzlinik Kiel wurde vor 17 Jahren als wissenschaftliches Modellprojekt aus der Uniklinik Kiel heraus gegründet und von der AOK vertraglich unterstützt. Mit der Techniker Krankenkasse wurde das Konzept dann für die bundesweite Versorgung adaptiert und ein innovatives ambulant-stationäres Behandlungsnetz mit über 400 niedergelassenen Schmerztherapeuten bundesweit initiiert. Heute arbeitet die Klinik als bundesweit anerkanntes Zentrum im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie mit abgestimmten Behandlungsplänen und regionalen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken zusammen. Unsere Klinik behandelt jährlich über 1.500 Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet, ca. ein Viertel der Patienten kommen aus Schleswig-Holstein. Um die Versorgung für alle Patienten bereit zu stellen, erfolgte Ende 2013 die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes.

vdek Wie werden die Ziele erreicht?

Prof. Göbel Kern ist die multimodale Schmerztherapie, d.h. die konsequente fachübergreifende Umsetzung des differenzierten

Leistungsbedarfs an den Bedürfnissen der Patienten, indikationsspezifische Kooperation spezialisierter Behandler und telemedizinische Vernetzung. Dazu kommen Benchmark-Preise für DRG-basierte Verläufe, Gewährleistung auf einen definierten Behandlungserfolg sowie effiziente Verwaltung. Schmerzen werden nachhaltig gelindert, Lebensqualität wird wieder aufgebaut, die Arbeitsfähigkeit wird wieder hergestellt. Die Klinik hat mehrfach Auszeichnungen für ihr innovatives Behandlungskonzept erhalten. Die Patientenzufriedenheit im bundesweiten Behandlungsnetz ist sehr hoch. Dies wird uns immer wieder von Patienten und auch den Krankenkassen bestätigt.

vdek Wie gehen Sie um mit der Herausforderung aus einer fachlichen Spezialisierung und einem wohnortnahen Angebot?

Prof. Göbel Basis einer erfolgreichen Schmerztherapie ist die wohnortnahe Verbesserung der Versorgung durch regional mit der Klinik vernetzte Spezialisten. Kann trotz spezieller regionaler Expertise vor Ort die Behandlung nicht zielführend erfolgen, können die Patienten zur hochintensiven vollstationären Behandlung in der Schmerzlinik Kiel aufgenommen werden. Es erfolgt nach Entlassung eine mindestens einjährige wohnortnahe Nachbetreuung zur Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges. Dabei sind die Patienten aktiv eingebunden, entwickeln auch ein besseres Verständnis ihrer Krankheit durch Einsatz moderner telemedizinischer Techniken. Die Patienten können so das

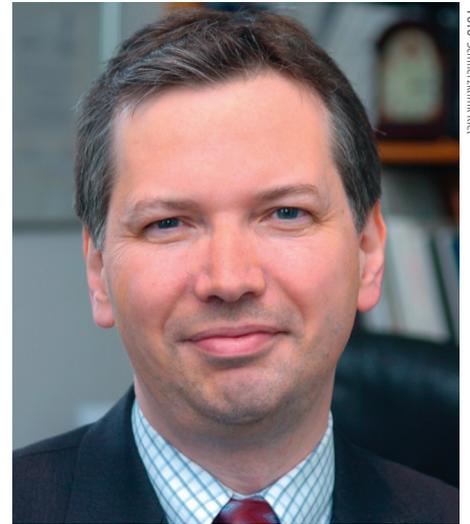


FOTO: Schmerzlinik Kiel

PROF. HARTMUT GÖBEL ist Gründer und Chefarzt der Schmerzlinik Kiel

Behandlungsergebnis direkt positiv beeinflussen. Unser Therapieerfolg und die Zufriedenheit der Patienten resultiert gerade aus der Zusammenarbeit von regionaler Kompetenz vor Ort und unserer Spezialisierung mit bundesweiter Ausstrahlung.

vdek Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie für die schmerztherapeutische Versorgung in den nächsten Jahren?

Prof. Göbel Die Anforderungen für die Weiterbildung in spezieller Schmerztherapie sind sehr hoch, die Behandlung chronischer und komplexer Krankheitsbilder erfordert intensiven Einsatz. Es gilt, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass junge Ärztinnen und Ärzte diese Hürden auf sich nehmen. Die Zusammenarbeit zwischen innovativen Krankenkassen und Spezialisten hat über die Regelversorgung hinaus bundesweit beispielhafte Fortschritte in der Versorgung ermöglicht. Diese müssen aufrechterhalten und ausgebaut werden. Hier war Schleswig-Holstein in den vergangenen Jahren in einer Spitzenposition im Vergleich zu vielen anderen Ländern. Diesen Vorsprung sollten wir nutzen. Die Zulassung als Plan-Krankenhaus und der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit allen Krankenkassen sollten hierfür auch eine nachhaltige wirtschaftliche Basis schaffen. ■

Wie gehen wir um mit den weiter sinkenden Geburtenzahlen?

Aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes belegen, dass die Geburtenzahl in Deutschland im vergangenen Jahr um knapp 1,3 Prozent gestiegen ist – in Schleswig-Holstein dagegen ist die Zahl erneut um fast ein Prozent gesunken. Was bedeutet diese Entwicklung mittel- bis langfristig für die geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein?

Angesichts der anhaltenden Diskussion und weiterer Landtagsanträge zu diesem Themenkomplex lud der vdek die Mitglieder des Sozialausschusses und die Fachreferentinnen der Fraktionen am 6. Oktober zu einem Informationsaustausch in die Landesvertretung.

Konstruktiver Austausch mit der Politik

Als unabhängiger Experte erläuterte der Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung“ des MDK Nord, Dr. Andreas Krokotsch, die Situation und Perspektive der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein aus medizinischer Sicht. Sein Ausgangspunkt war die Feststellung, dass die Säuglingssterblichkeit in Schleswig-Holstein über dem Bundesdurchschnitt liegt. Vor dem Hintergrund demografischer Daten und Prognosen sowie Studien zur Ergebnisqualität sagte er für die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein eine Entwicklung hin zu weniger und größeren Standorten voraus. Dabei bezog sich Dr. Krokotsch auch auf die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, dass ein Krankenhaus die Zahl von 700 Geburten pro Jahr nicht unterschreiten sollte. Mit Blick auf die Ergebnisqualität weisen Studien darauf hin, dass die Säuglingssterblichkeit bei einer Konzentration auf große Perinatalzentren abnimmt. Die aus einer solchen Konzentration resultierenden längeren Anfahrtswege für die Schwangeren seien aus ärztlicher Sicht kein Problem, betont Krokotsch.

Doris Scharrel, die Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte



DIE ERSATZKASSEN hatten die Mitglieder des Sozialausschusses und die Fachreferenten der Fraktionen zum Informationsaustausch eingeladen

in Schleswig-Holstein, ergänzte die Ausführungen für den niedergelassenen Bereich. Sie forderte von ihren Fachkollegen vor allem, dass diese die Schwangeren noch besser über mögliche Risiken bei der Geburt und die verschiedenen Versorgungsstufen der Krankenhäuser informieren sollten.

Wenn auch nicht alle Politiker alle Bewertungen teilten, fanden sich dennoch viele Informationen und Positionen aus dieser Veranstaltung in der folgenden Debatte im Landtag wieder.

Überprüfung durch den MDK

Im Auftrag der Krankenkassenverbände in Schleswig-Holstein hat der MDK Nord alle elf perinatalen Schwerpunkte und Zentren der Level 1 bis 3 im Land auf Einhaltung der Strukturvorgaben der „Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene“ (QFR-RL) des Gemeinsamen

Bundesausschusses überprüft (siehe auch Seite 5). Für die Krankenhäuser wird es in Zeiten zunehmenden Fachkräftemangels in Zukunft voraussichtlich immer schwieriger werden, das für die Erfüllung der QFR-RL notwendige Fachpersonal zu gewinnen.

Diese Überprüfung durch den MDK Nord ist eine wichtige Vorbereitung für die anstehende Diskussion über die Neuausweisung der Perinatalzentren im Rahmen des Krankenhausplanes. Eine entsprechende Arbeitsgruppe soll Anfang 2015 eingesetzt werden. Hintergrund ist der Auftrag an die Landesregierung, bis Mai 2015 ein Konzept für die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein vorzulegen. Der vdek wird die Diskussion aktiv begleiten. Dabei werden die Ersatzkassen – unter dem Kriterium der Sicherung von Qualität und Erreichbarkeit – für eine maßvolle Überprüfung der Level-Häuser eintreten. ■

BOARDING

Zur Entbindung von Sylt aufs Festland

FOTO DIAKO



DAS GÄSTEHaus DER DIAKO liegt in Sichtweite der Entbindungsstation

Wo bringe ich mein Kind zur Welt?“ Diese Frage stellten sich spätestens seit dem Herbst 2013 die Sylter Frauen, als feststand, dass die Geburtshilfe-Station in Westerland schließen würde. Es musste eine Möglichkeit gefunden werden, dass die Frauen rechtzeitig vor der Entbindung ein geeignetes Krankenhaus erreichen – zu ihrer eigenen Sicherheit und der ihres Kindes. Gemeinsam mit der DIAKO in Flensburg, die eine Geburtshilfestation der höchsten Versorgungsstufe vorhält, entwickelten die Ersatzkassen kurzfristig ein Boarding-Konzept. Seit Mitte Dezember 2013 können schwangere Sylterinnen bis zu zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin ein Zimmer im Gästehaus der Klinik beziehen. Es stehen auch Doppelzimmer zur Verfügung, wenn der Ehemann oder Partner mitkommt. Bislang haben 23 Frauen bzw. Paare das Angebot wahrgenommen und durchschnittlich sieben Tage vor der stationären Aufnahme hier verbracht. Auch die Klinik in Niebüll hält zwei Appartements für Schwangere von Sylt vor. Niebüll ist das nächstgelegene Krankenhaus auf dem Festland, allerdings mit einer Entbindungsstation der niedrigsten Versorgungsstufe. Seit Februar haben hier 25 Sylter Frauen entbunden, von denen elf das Boarding-Angebot in Anspruch genommen haben – im Durchschnitt für gut fünf Tage.

DREI FRAGEN AN DR. ANDREAS KROKOTSCH

„Die Perinatalversorgung befindet sich in einem Umbruch – es besteht Handlungsbedarf!“

vdek Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation der Perinatalversorgung in Schleswig-Holstein?

Dr. Krokotsch Alle an der Perinatalversorgung beteiligten Akteure leisten besonders engagierte und bestmögliche Arbeit. Die Perinatalversorgung befindet sich in einem Umbruch: Mütter werden bei der Geburt ihres ersten Kindes immer älter, die Geburtenzahlen sind rückläufig, der Anteil an Risikogeburten nimmt zu. In manchen Kliniken waren die Geburtenzahlen zuletzt so niedrig, dass qualitative Vorgaben der Fachgesellschaften nicht mehr zu halten waren. In den letzten 14 Jahren sind zehn geburtshilfliche Abteilungen geschlossen worden. Die Frühgeborenensterblichkeit ist in Schleswig-Holstein höher als in den meisten anderen Bundesländern. Es besteht Handlungsbedarf.

vdek Welches sind die wichtigsten Aussagen, die sich aus der Überprüfung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) ergeben?

Dr. Krokotsch Es wurden alle geburtshilflichen Abteilungen der Level 1-3, also vom Perinatalzentrum bis zum perinatalen Schwerpunkt begutachtet. Alle Kliniken haben die Begutachtung sehr professionell unterstützt. Geburtskliniken (Level 4) wurden nicht begutachtet, da der G-BA hier keine Qualitätsvorgaben gemacht hat. Einige Kliniken haben bereits während der Begutachtung selbstkritisch Verbesserungsbedarf festgestellt und mit der Umsetzung begonnen. Dies muss sehr anerkennend hervorgehoben werden. Solche MDK-Überprüfungen der Strukturqualität in Kliniken anhand von Vorgaben des G-BA helfen, die

DR. MED.
ANDREAS KROKOTSCH
leitet die Abteilung
„Stationäre Versorgung“
des MDK Nord



FOTO MDK Nord

Qualität zu sichern und werden zukünftig an Bedeutung gewinnen. Der Ansatz der QFR-RL bezieht sich nicht auf Ergebnisqualität oder Mindestmengen. Die MDK-Begutachtung kann daher nicht ein Geburtshilfe-Konzept ersetzen.

vdek Wie sehen Sie die Struktur der Perinatalversorgung in Schleswig-Holstein im Jahr 2030?

Dr. Krokotsch Die derzeit relativ hohe Zahl an Perinatalzentren und Geburtskliniken (Level 4) muss aufgrund der demografischen Veränderungen und der gewünschten Qualität überdacht werden. Weitere Anfahrtswege zur Entbindung sind kein medizinisches Risiko. Ganz im Gegenteil: Wir wissen aus der wissenschaftlichen Literatur sowie aus anderen Ländern, dass auch weitere Anfahrtswege zu Kliniken mit hohen Geburtenzahlen zu einer Reduktion der Säuglingssterblichkeit führen. Hingegen ist es ein erhebliches Risiko, ein instabiles Neugeborenes in ein Perinatalzentrum zu verlegen. Bis zum Jahr 2030 bräuchten wir ein mehrdimensionales Geburtshilfekonzept: Einbindung der niedergelassenen Frauenärzte und des Rettungswesens, Ausbau von Boarding-Konzepten, bessere Eltern-Information zu Versorgungslevels. Durch diese Maßnahmen wird sich die Säuglingssterblichkeit verringern.

Streit über Kopfpauschale oder Einzelleistungsvergütung

Die Ersatzkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KZV S-H) praktizieren seit Langem ein Vergütungssystem über Kopfpauschalen, die sich nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an zahnmedizinischen Leistungen bemessen. Die KZV weigert sich aber seit Jahren, die Daten zu liefern, die nötig sind, um diesen Bedarf zu bestimmen.

Deshalb wollten die Ersatzkassen 2013 das System auf eine Einzelleistungsvergütung umstellen. Die Zahnärzte-Seite bewertet dieses Modell jedoch grundlegend anders. So verständigte man sich letztlich darauf, das alte System zunächst fortzuführen. Ein Gericht sollte die Frage der Datenlieferung klären. Die erste Instanz ging zugunsten der Ersatzkassen aus. Die zweite Instanz ist noch anhängig, wobei die KZV ihre Berufung auch nach einem Jahr nicht begründet hat.

2014 konnte man sich nicht einmal auf die Fortführung des Kopfpauschalenmodells einigen. Streitig ist vor allem die Anpassung der Pauschalen. Während sich die KZV nur an der Entwicklung der Krankenkassen-Einnahmen orientieren will, fordern die Ersatzkassen auch einen Leistungsbezug. Für dieses Jahr würde das KZV-Modell zu einer stärkeren Erhöhung führen, weil es den Rückgang des Leistungsbedarfs außer Acht lässt. Jetzt muss das Schiedsamt entscheiden. Überraschenderweise fordert die KZV hier nun selbst eine Einzelleistungsvergütung, bleibt aber die Datenlieferung weiter schuldig. So können die Ersatzkassen das Ausgabevolumen nicht kalkulieren und lehnen dieses Modell derzeit mangels Verhandlungsgrundlage ab.

Kurzfristige Anpassungen am Pflegestärkungsgesetz

Kurz bevor das Gesetzgebungsverfahren auf die Zielgerade geht, haben sich die Regierungsfractionen im Bundestag noch auf einige Änderungen und Ergänzungen zum Pflegestärkungsgesetz I geeinigt.

Dabei geht es u.a. um die Klarstellung, dass tarifgebundene Einrichtungen künftig nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Im Gegenzug können die Kostenträger künftig besser kontrollieren, wie das Geld an die Pflegekräfte weitergegeben wird. Im ambulanten Bereich entfällt die bisherige Verpflichtung zur Vereinbarung von alternativen Vergütungen sowie die Gegenüberstellung verschiedener Vergütungsvarianten. Vor diesem Hintergrund ist noch offen, inwieweit die seit eineinhalb Jahren laufenden Verhandlungen über die Zeitvergütung in Schleswig-Holstein weiter geführt werden. Hauptaugenmerk zum Anfang des Jahres werden die Vertragspartner allerdings auf die neue Regelung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI legen müssen. Nach einer Berechnung des Bundesverbandes der privaten Anbieter sozialer Dienste (BPA) gibt es durch die Umstellung des Personalschlüssels und des Personenkreises zum 1.1.2015 einen Mehrbedarf von 1.200 Pflegekräften für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein.

Innenansichten einer Verhandlungswelt



FOTO: WIKI

von
SEBASTIAN ZIEMANN
Referatsleiter
„Ambulante Versorgung“,
vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Des einen Freud ist des anderen Leid. Das gilt auch für Vergütungsverhandlungen mit den Zahnärzten. Und noch eine Binsenweisheit: je höher die Erwartungen, desto größer am Ende die Enttäuschung. In diesem Jahr waren die Erwartungen wohl besonders hoch ... und so muss nun das Schiedsamt entscheiden.

Wenn die Positionen fundamental sind, gibt es wenig Spielraum. Seit Jahren verweigert die KZV den Ersatzkassen die Lieferung von Daten, die Einblick in die Mengen- und Morbiditätsentwicklung gewähren. Daten, auf deren Lieferung die Kassen einen gesetzlichen Anspruch haben! Das hat das Sozialgericht bestätigt.

Über Jahre wurden in Schleswig-Holstein mit der KZV Kopfpauschalen vereinbart, ohne die tatsächliche Morbiditätsentwicklung zu kennen. Die KZV findet das gut – und setzt jetzt noch einen drauf, indem sie verlangt, dieses Datenvakuum als Grundlage für die Verhandlung einer Einzelleistungsvergütung heranzuziehen. Alternativ würde sie die Fortführung des bisherigen Systems nur unter dem Postulat der „Einnahmeorientiertheit“ (sprich: mehr Geld für weniger Leistung) akzeptieren.

Diese Haltung der Strategen aus dem Westring mag den Leistungserbringern gefallen. Für eine partnerschaftliche Aufgabenbewältigung im Rahmen der Selbstverwaltung ist sie schlicht zu kurz gedacht.

KRANKENHAUS

Qualität in den Fokus!

Anfang dieses Monats hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Krankenhausreform ihre Eckpunkte vorgestellt. Dabei ging es natürlich ums Geld: eine Milliarde für den Strukturfonds, 660 Millionen für zusätzliches Pflegepersonal ... aber kein Einstieg des Bundes in die Investitionskostenförderung und keine wirkliche Annäherung beim Bundesbasisfallwert, sondern nur eine minimale Anhebung der unteren Korridorgrenze.

Erfreulicherweise hat sich die Arbeitsgruppe aber auch mit der Qualität beschäftigt. Qualität soll als Kriterium der Krankenhausplanung im Gesetz festgeschrieben werden und den zuständigen Landesbehörden als Entscheidungsgrundlage dienen, um einzelne Abteilungen oder ganze Krankenhäuser schließen zu können.

Der Ansatz, dass sich die Behandlungsqualität auch auf die Vergütung auswirkt, ist aus Sicht der Ersatzkassen richtig. Ein Zuschlag für überdurchschnittliche Qualität ist in Ordnung – aber es reicht nicht aus, schlechte Qualität nur mit Abschlägen zu sanktionieren! Schlechte Qualität sollte gar nicht vergütet werden! Und Krankenhäusern, die über längere Zeit schlechte Qualität erbringen, muss der Versorgungsvertrag für die entsprechende Leistung gekündigt werden können, damit schlechte Qualität künftig gar nicht mehr erbracht wird.

Die Qualität einer Behandlung hat sehr viel damit zu tun, wie oft ein Arzt, bzw. ein Krankenhaus sie durchführt. Deswegen vertreten die Ersatzkassen die Auffassung „Nicht jedes Haus soll alles machen“. An dieser Stelle ist der Gemeinsame Bundesausschuss gefordert, auf Basis der Daten aus den verschiedenen Qualitätssicherungsverfahren schrittweise planungstaugliche und rechtssichere Kriterien für eine gute Qualität zu definieren. Dazu können Mindestmengen für einzelne Behandlungen ebenso zählen wie Vorgaben für den Personalschlüssel einer Fachabteilung. Diese und andere Punkte finden sich im Gutachten „Krankenhausplanung 2.0“, das das Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung für den vdek erstellt hat. Hier wird auch die Situation im ländlichen Raum thematisiert. Um künftigen Versorgungsproblemen zu begegnen, werden sektorübergreifende Ansätze angeregt, indem sich Krankenhäuser für die ambulante Versorgung öffnen. In Schleswig-Holstein sind wir schon einen Schritt weiter: Im November haben sich die gesetzlichen Krankenkassen, das Gesundheitsministerium, die Kassenärztliche Vereinigung und das Westküstenklinikum darauf verständigt, das Krankenhaus in Brunsbüttel zu einem „Integrierten Versorgungszentrum“ umzubauen. Bis 2018 sollten Struktur und Gebäude so umgestaltet werden, dass sich das Haus finanziell selbst trägt und nicht mehr durch einen Sicherstellungszuschlag gestützt werden muss.

KURZ GEFASST

Start verzögert sich

Der neue Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG für streitige Krankenhausabrechnungen kann seine Arbeit vorerst nicht aufnehmen. Hintergrund ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichts zum rechtlichen Status der Schlichtersprüche. Die Krankenhäuser können weiter direkt vor dem Sozialgericht klagen.

Pflege-Studium neu in Lübeck

Zum Wintersemester 2014/2015 ist der duale Bachelor-Studiengang Pflege gestartet. 27 Studierende verbinden hier die berufliche Ausbildung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit einem Studium an der Universität. Im Lübecker Studiengang sind die drei Pflegeberufe integriert und es gibt verschiedene Berührungspunkte mit anderen Studiengängen, damit das interprofessionelle Arbeiten schon früh zur Normalität wird.

vdek ist Federführer für Selbsthilfe

Zum 1. November hat die vdek-Landesvertretung die Federführung für die ARGE Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein, die aus Vertretern aller Krankenkassenverbände besteht, übernommen. Dabei werden bis zum Meldeschluss für das Förderjahr 2015 am 31. Januar etwa 500 Anträge von Selbsthilfegruppen erwartet. Informationen und Formulare gibt es unter www.arge-selbsthilfefoerderung-sh.de

GESETZGEBUNG

Klinisches Krebsregister kommt

Um die Aufgaben eines klinischen Krebsregisters nach § 65c SGB V zu berücksichtigen, setzt Schleswig-Holstein auf ein integriertes Register, das beim epidemiologischen Krebsregister an der Universität Lübeck angesiedelt wird.

Grundsätzlich begrüßen die Ersatzkassen die Pläne der Landesregierung, weil so eine unabhängige und effiziente Struktur geschaffen wird, die den Behandlern bereits bekannt ist und doppelte Meldungen vermeidet.

Bedenken bestehen aus Sicht des vdek, weil grundlegende Kostenkalkulationen fehlen und die Kosten für die Erfassung in den zwei Registern nicht klar getrennt sind. Auch muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen nur für die Kosten im Rahmen der festgelegten Förderkriterien aufkommen. Der Gesetzentwurf soll Anfang 2015 in den Landtag eingebracht werden.

BÜCHER

Regionalbudgets

Die Voraussetzungen für Modellprojekte zur Vernetzung von stationärer und klinisch-ambulanter Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen im § 64b SGB V. Prof. Deister vom Klinikum Itzehoe hat über viele Jahre Erfahrungen mit entsprechenden Modellprojekten gesammelt, an deren Entwicklung auch die Ersatzkassen beteiligt waren. Das Buch beschreibt die Anforderungen, Rahmenbedingungen und möglichen Fallstricke von Regionalbudgets. Es zeigt, welche Versorgungsalternativen diese bieten können, und regt zum Nachahmen an!



Arno Deister, Bettina Wilms
Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V
2014, 280 Seiten, € 34,95
Psychiatrie Verlag, Köln

Gesundheitsversorgung im Alter

Welche Herausforderungen stellen sich für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im Alter und zum Lebensende? Das Buch beleuchtet – mit Blick auf Deutschland und die Schweiz – zehn spezifische Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung einer alternden Gesellschaft. Als Konsequenz aus seiner Analyse plädiert der Autor dafür, Prävention, Rehabilitation sowie die geriatrische Versorgung zu stärken und die Versorgungsleistungen sektorenübergreifend zu integrieren, um Altersfolgen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu verringern.



Klaus Müller
Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung
2014, 648 Seiten, € 69,95
Verlag Hans Huber, Bern

PERSONALIE

Carstensen führt Patientenombudsverein

Foto: Frank Ossenkink



PETER HARRY CARSTENSEN

Ministerpräsident a. D. Peter Harry Carstensen ist neuer Vorsitzender des Vereins Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V. Wie

2005 in der Politik folgt er auch in diesem Amt auf Heide Simonis, die nicht wieder für den Vorsitz kandidierte. Carstensen will neue Mitglieder für den Verein gewinnen und ihn so weiter stärken. Ein zentrales Anliegen ist, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient weiter zu verbessern. Die vdek-Landesvertretung wünscht Carstensen viel Glück und Geschick in seinem neuen Amt – und freut sich auf die Zusammenarbeit.

KITA-PROJEKT

„Wir putzen Zähne“



Kinder verbringen heute mehr Zeit in der Kita als früher und nehmen dort oft auch Mahlzeiten zu sich. Umso wichtiger

ist es, dass dort Zahnpflege gelernt und praktiziert wird. In diesem Jahr startete die Aktion „Wir putzen Zähne“ des Landesausschusses zur Förderung der Jugendzahnpflege in Schleswig-Holstein. Alle Kindertagesstätten, die die Kinder täglich Zähne putzen lassen, erhalten ein Siegel, das nach außen signalisiert: „Hier wird die Zahngesundheit der Kinder ernst genommen!“

KRANKENHAUS

Keine TAVI ohne Herzchirurgie!

Eine Entscheidung für die Qualität! Die Schiedsstelle hat im November einen Antrag des Westküstenklinikums (WKK) in Heide abgelehnt, das Leistungen im Bereich TAVI erbringen wollte. TAVI ist ein minimalinvasives, kathetergestütztes Verfahren zum Ersatz einer Aortenklappe.

Die Ersatzkassen fordern, dass nur solche Krankenhäuser TAVIs durchführen dürfen, die neben der Kardiologie auch eine Herzchirurgie vorhalten. Das WKK wollte TAVIs durchführen, obwohl es weder eine solche Abteilung noch das entsprechende Personal hat.

Die europäische Leitlinie besagt, dass für TAVI eine Herzchirurgie vorhanden sein muss, weil das Zusammenspiel von Kardiologen und Herzchirurgen absolut notwendig ist. Das wird übrigens auch in keinem Land anders praktiziert – außer in Deutschland, weil es noch keine G-BA-Richtlinie zu TAVI gibt. Diese ist dringend erforderlich – und kann nur besagen: Herzchirurgie ist Pflicht! Außerdem muss aus vdek-Sicht nicht jedes Krankenhaus jede Leistung anbieten. Schleswig-Holstein ist mit drei Herzchirurgien gut versorgt.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung
Schleswig-Holstein des vdek
Wall 55 (Sell-Speicher), 24103 Kiel
Telefon 04 31 / 9 74 41-0
Telefax 04 31 / 9 74 41-23
E-Mail LV-Schleswig-Holstein@vdek.com
Redaktion Florian Unger
Verantwortlich Armin Tank
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4053