

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE NEUE FINANZARCHITEKTUR und ihre Folgen für Versicherte | DIE ERSTE STUFE der Pflegereform QUALITÄTSSICHERUNG in bayerischen Krankenhäusern | AUSZEICHNUNG für Christian Bredl

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2014

### NEUER REKORD

## 3,3 Millionen Bayern bei Ersatzkassen versichert



Das Wachstum der Ersatzkassen in Bayern ist ungebremst. Bereits im vierten Jahr in Folge verzeichnen sie eine solide Zunahme sowohl bei den Mitgliedern (Beitragszahlern) als auch bei den Versicherten insgesamt. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Mitgliederzahl um 2,71 Prozent auf über 2,5 Millionen und die Versichertenzahl um 2,15 Prozent auf 3,3 Millionen. Die beiden Zuwachsraten liegen über denen des Jahres 2013.

Die Ersatzkassen kümmern sich intensiv um die Belange ihrer Versicherten. In den gesunden Lebensphasen bieten sie eine breite Palette an Präventionsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge. Und im Krankheitsfall organisieren die Ersatzkassen für die Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung. Für den guten Ruf der Ersatzkassen sorgen Qualität, Kompetenz, Kundenfreundlichkeit und Zukunftsorientierung.

### GKV-BEITRÄGE

## Neue Finanzarchitektur und ihre Folgen für Versicherte

Die Bundesregierung hat das GKV-Finanzierungsstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) verabschiedet. Mit seinem Inkrafttreten zum 1. Januar 2015 wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung neu justiert. Die Rede ist von einer neuen Finanzierungsarchitektur. Was bedeutet das für die gesetzlich Versicherten?

Um bei den Architekturbegriffen zu bleiben, ruhte die GKV-Finanzierung bislang auf drei Hauptsäulen: (1) einkommensabhängige Beiträge, die von Versicherten und Arbeitgebern zu gleichen Teilen getragen wurden, (2) ein von den Versicherten allein bezahlter Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent und (3) ein Zusatzbeitrag bei einzelnen Krankenkassen, der ebenfalls von den Versicherten allein entrichtet wurde.

Die erste Hauptsäule, der allgemeine paritätisch finanzierbare Beitragssatz, bleibt unverändert und beträgt 14,6 Prozent. Die Ersatzkassen begrüßen es, dass der größte Anteil der Beitragssatzbelastung in der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam getragen wird. Die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, die schnelle und umfassende Versorgung im Krankheitsfall sind elementare Leistungen, die zur Sicherung und Wiederherstellung der Arbeitskraft beitragen. Von daher sollte es auch weiterhin ein zentrales Anliegen der Arbeitgeber sein, ihre Verantwortung für

ein leistungsfähiges und effizientes Versorgungssystem zu übernehmen.

### Anpassungsregelung fehlt

Aus diesen Gründen sehen die Ersatzkassen die mit dem GKV-FQWG vollzogene Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags bei 7,3 Prozent kritisch. Das Gesetz enthält nämlich keine Regeln bezüglich der Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes und somit des Arbeitgeberbeitrages in der Zukunft. Seine Festschreibung muss zeitlich begrenzt und abhängig von der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen sein. Es darf kein Einfrieren auf Dauer geben, denn dies würde bedeuten, dass die gesetzlich Versicherten alle künftigen GKV-Ausgabensteigerungen alleine zu schultern haben. In Anbetracht der bisherigen Entwicklung könnte dies zu einer zu schweren Last werden.

In den Jahren 2000 bis 2013 stiegen die GKV-Aufgaben von 126 auf 183 Milliarden Euro. Das ist ein Plus von 57 Milliarden Euro in 14 Jahren. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Ausgabensteigerung



## Ein Webfehler im Gesetz



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist bezogen auf die neue Finanzarchitektur der GKV ein wichtiger Schritt nach vorn, enthält aber einen Webfehler. So hat der Gesetzgeber verfügt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten künftig nicht nur schriftlich auf das Sonderkündigungsrecht, sondern auch auf die Wechselmöglichkeit zu einer günstigeren Krankenkasse hinweisen sollen, wenn ihr Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz liegt.

Die damit verbundene Gefahr besteht darin, dass dieser ausdrückliche Hinweis vor allem von den kranken Versicherten missverstanden wird, nämlich, dass die Krankenkasse sie loswerden will. Deshalb überzieht der Gesetzgeber mit seinem Zwang zum Hinweis auf eine günstigere Krankenkasse selbst in einem wettbewerblich angelegten Krankenversicherungssystem die Anforderungen an eine wohlverstandene Informationspflicht bei weitem. In keiner anderen Branche werden Versicherungs- oder Versorgungsunternehmen derartig weitreichende Informationspflichten auferlegt.

Mit solchen Begleitregelungen besteht die akute Gefahr, dass wir statt eines notwendigen Wettbewerbs um mehr Qualität und bessere Versorgung einen Verdrängungswettbewerb um Zehntel-Prozentpunkte bekommen.



von rund vier Milliarden Euro jährlich. Die meisten wissenschaftlichen Prognosen gehen davon aus, dass sich die Ausgabensteigerung aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts in den kommenden Jahren noch verschärfen wird. Daher braucht es – insbesondere auch aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit – einen tragfähigen Anpassungsmechanismus des allgemeinen Beitragssatzes für die Zukunft.

### Fehlentwicklungen werden korrigiert

Die zweite Säule der GKV-Finanzierung wird grundlegend reformiert. Das heißt, der Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten wird in einen kassenindividuellen, einkommenabhängigen Zusatzbeitrag umgewandelt und tritt gleichzeitig an die Stelle der bisherigen dritten Finanzierungssäule (pauschaler Zusatzbeitrag). Der vdek begrüßt diese Entscheidung des Gesetzgebers. Damit werden offensichtliche Fehlentwicklungen im Finanzierungssystem der GKV korrigiert und die Krankenkassen bekommen wieder mehr Freiheit im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Beitragssätze. Der primäre Effekt ist eine Stärkung des Solidaritätsprinzips. Denn in Zukunft wird jeder GKV-Versicherte wieder entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zur Beitragszahlung herangezogen. Zudem machen prozentuale Zusatzbeiträge auch das aufwändige Bürokratiemonster namens Sozialausgleich überflüssig. Nachteilig und aus der Sicht der Ersatzkassen kritisch zu sehen, ist die Tatsache, dass auch dieser prozentuale Zusatzbeitrag allein den Versicherten aufgebürdet wird und damit die Durchbrechung der paritätischen Finanzierung auch mit der aktuellen Reform nicht aufgehoben wird.

Bevor die Reform überhaupt in Kraft getreten ist, wird im politischen Raum bereits darüber spekuliert, welche finanziellen Folgen die neue Finanzarchitektur für die Versicherten haben wird. Insbesondere das Bundesgesundheitsministerium scheint bereits zu wissen, wie viele

Versicherte im nächsten Jahr mit einem niedrigeren GKV-Beitrag rechnen können und wiederholt ständig eine für Experten nur schwer nachvollziehbare Zahl von 20 Millionen Versicherten, die absehbar entlastet würden. Alle Prognosen in dieser Richtung sind aus Sicht des vdek rein spekulativ. Fest steht, dass die Ausgabenpositionen der GKV auch im laufenden Jahr zum Teil dramatisch gestiegen sind und sich deshalb jeder verantwortliche Haushalter der Krankenkassen im derzeitigen Stadium mit vorschnellen Voraussagen tunlichst zurückhält.

### Spürbare Entlastung unrealistisch

Global betrachtet stehen 0,9 Beitragssatzpunkte in der Gesetzlichen Krankenversicherung für rund 11,1 Milliarden Euro Beitragseinnahmen. Auf diese Summe kann das GKV-System gar nicht verzichten, da sie rund sechs Prozent der jährlichen GKV-Ausgaben ausmacht. Aus der Perspektive des einzelnen Beitragszahlers ist der Wunsch nach einer möglichst hohen Entlastung nachvollziehbar. Bei der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze von 48.600 Euro p. a. entsprächen 0,9 Prozentpunkte 437,40 Euro im Jahr. Zum Vergleich: Die jüngsten Rückerstattungen der Beiträge, zu denen nur einige wenige Krankenkassen in der Lage waren, lagen deutlich unterhalb dieser Summe. Das heißt, auch wenn die in Frage kommenden Kassen ihr Rückerstattungsvolumen aus dem laufenden Jahr voll in eine Absenkung des Zusatzbeitragssatzes unter die 0,9 Prozent „investieren“ würden, blieben die möglichen Entlastungsvolumina für die GKV im kommenden Jahr insgesamt sehr gering.

Das neue Gesetz stellt die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen in begrenztem Maße wieder her. Sie gilt nur im Bereich der Zusatzbeiträge. Das ist zwar ein kleiner Schritt, aber die Richtung stimmt. Eine vollständige Rückkehr zur Beitragssatzautonomie gehört weiterhin zu den zentralen politischen Forderungen der Ersatzkassen. ■

## INTERVIEW

# Die erste Stufe der Pflegereform kann beginnen. Hat sich das Warten gelohnt?

Interview mit dem vdek-Verbandsvorsitzenden Christian Zahn

**vdek** Herr Zahn, in diesem Jahr vollendet die soziale Pflegeversicherung das 20. Jahr ihres Bestehens. Hat die sogenannte fünfte Säule der sozialen Sicherung die Erwartungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erfüllt?

**Christian Zahn** Als die Pflegeversicherung 1995 in Deutschland eingeführt wurde, sollte sie das Risiko einer eintretenden Pflegebedürftigkeit absichern. Auch wenn die Pflegeversicherung nicht als Vollversicherung angelegt ist, bin ich der Auffassung, dass die soziale Pflegeversicherung eine sozialpolitisch wichtige Errungenschaft ist, auf die wir mit Recht stolz sein können. Mildert sie doch in erheblichem Maße die individuellen Kosten für Pflege ab und schützt vor finanzieller Überforderung. Sie trägt dazu bei, dass Pflege für alle Menschen, die sie brauchen, bezahlbar bleibt.

**vdek** Die gesellschaftliche Entwicklung – vor allem die Demografie – stellt die Pflegeversicherung vor neue Herausforderungen. Was ist vorrangig zu tun?

**Christian Zahn** Wir sollten gemeinsam mit allen Akteuren in der Pflege alles daran setzen, die Pflegeversicherung sinnvoll weiterzuentwickeln und sie auch für die Zukunft auf finanziell sichere Beine zu stellen. Rund 70 Millionen Versicherte und 2,4 Millionen Menschen, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung beziehen, sind für die Ersatzkassen Grund genug, sich tagtäglich in vielfältiger Weise in die Ausgestaltung des Systems und für die Belange der Pflegeversicherten einzubringen. Die Ersatzkassen bringen sich sehr aktiv in pflegepolitische Debatten um die heutige und die zukünftige Ausgestaltung

der Pflegeversicherung ein. Wir sehen uns hierbei als konstruktiven Gesprächspartner und Ratgeber der Politik. Dabei ist es für uns wichtig, dass die soziale Pflegeversicherung rechtzeitig den Veränderungen der Bevölkerungsstruktur angepasst wird. Die hierzu einschlägigen Zahlen sagen uns, dass wir in Zukunft alle länger leben werden: Derzeit sind in Deutschland etwa 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. Laut Statistischem Bundesamt werden es im Jahr 2030 bereits 22 Millionen sein.

**vdek** Die Bundesregierung hat das sogenannte 1. Pflegestärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Hiermit beginnt die erste Stufe der Pflegereform. Hat sich das Warten gelohnt?

**Christian Zahn** Insgesamt begrüßen die Ersatzkassen die mit der Reform geplanten Leistungsverbesserungen und halten die dafür notwendige Anhebung des Beitragsatzes um 0,2 Prozentpunkte Anfang 2015 für vertretbar. Die Ersatzkassen stimmen ausdrücklich auch der jetzt geplanten Dynamisierung der Leistungsbeträge zu. Aber vier Prozent fangen nur die Preisentwicklung der letzten drei Jahre ab. Mehr scheint aus politischer Sicht wohl nicht vertretbar. Was ich aber nicht verstehe ist, warum man sich zukünftig nur mit einem Prüfauftrag im Hinblick auf die Dynamisierung begnügt. Warum schafft man nicht eine verbindliche Regelung, um die Leistungen der Pflegeversicherung vor einer schleichenden Entwertung zu schützen? Ich würde mir eine gesetzliche Regelung wünschen, welche die Leistungen der Pflege dauerhaft und verlässlich vor einer Entwertung schützt. Die Anpassung der Leistungsbeträge gehört

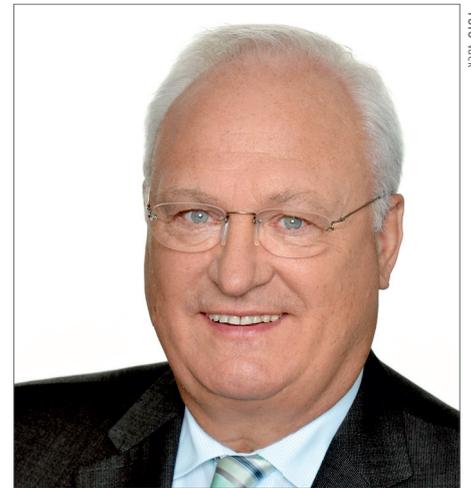


FOTO: vdek

daher an eine wirtschaftliche Kenngröße gekoppelt, wie beispielsweise die allgemeine Preissteigerung, und nicht an einen sehr unbestimmten Prüfauftrag der jeweiligen Regierung geknüpft.

**vdek** Enthält das neue Gesetz weitere Regelungen, die die Ersatzkassen kritisch sehen?

**Christian Zahn** Die Bundesregierung will zur Absicherung des mit dieser demografischen Entwicklung einhergehenden zunehmenden Leistungsbedarfes einen Vorsorgefonds einrichten, der bis zum Jahr 2035 gefüllt werden soll. Hierfür sind 0,1 Beitragssatzpunkte vorgesehen. Positiv werten wir, dass die Regierung hier offensichtlich eine Regelung schaffen will, die auf Probleme der Generationen von morgen eingeht. Und wenn schon, dann sollte der Vorsorgefonds innerhalb der sozialen Pflegeversicherung gebildet werden und nicht als private Versicherung. So ist zumindest eine paritätische Finanzierung sichergestellt. Ob aber eine Nachhaltigkeitsreserve in dieser Form und mit dem angestrebten Volumen ausreicht, darf zu Recht bezweifelt werden. Zudem verstehe ich alle Skeptiker gut, die auf die latente Gefahr einer staatlichen Zweckentfremdung der Versicherungsgelder hinweisen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nachvollziehbar, ob nicht die für den Fonds vorgesehenen Gelder besser für die Einführung des neuen Pflegebegriffs genutzt werden sollten. ■

# Qualitätsvergleiche in der stationären Versorgung

Seit 1989 ist die Verpflichtung zur externen, vergleichenden Qualitätssicherung im Gesetz verankert und wurde in den Bundesländern mit unterschiedlicher Intensität umgesetzt. Die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) wurde 1996 ins Leben gerufen ([www.baq-bayern.de](http://www.baq-bayern.de)).

Text: Prof. Dr. med. Peter Hermanek und Dr. med. Melanie Eßer

Schätzungsweise 30 Prozent aller stationär erbrachten Leistungen werden aktuell durch die BAQ qualitätsgesichert. Hierbei werden folgende „Leistungsbereiche“ erfasst: Frauen- und Kinderheilkunde (Geburts-hilfe, Neugeborenenmedizin, Brustkrebsoptionen), Chirurgie/Orthopädie (Gallenblasenentfernung, Hüft- und Kniegelenksendoprothesen, Oberschenkelhalsbrüche), Innere Medizin (Herzkatheter einschließlich Stents, Herzschrittmacher, Implantierbare Defibrillatoren, Lungenentzündung), Herzchirurgie (Herzklappenersatz einschließlich TAVI), Transplantationsmedizin (Herz-, Leber-, Lungen-, Nieren und Bauchspeicheldrüse), Neurologie/Innere Medizin (Akutversorgung Schlaganfallpatienten), Pflege (Prophylaxe von Druckgeschwüren).

Die Ergebnisse werden durch Fachkommissionen, besetzt durch anerkannte Experten beurteilt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten werden die betroffenen Kliniken zu einer Stellungnahme aufgefordert, die wiederum durch die Fachkommission abschließend bezüglich qualitativer Auffälligkeiten beurteilt wird. Diese Bewertung wird gemeinsam mit den Ergebnissen für die überwiegende Anzahl der insgesamt über 300 Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht nach §137 SGB V veröffentlicht.

In Bayern werden darüber hinaus gravierend auffällige Abteilungen durch Fachkommissionsmitglieder begangen. Diese in einem Flächenstaat aufwändigen Maßnahmen haben sich als äußerst effizientes Instrument erwiesen.



FOTO: VILKWI – Fotolia.com

## Einsatz von Qualitätsindikatoren

Die erhobenen elektronischen Patientendaten werden anonymisiert an die BAQ übermittelt und ausgewertet. Neben der Basisstatistik erlauben insbesondere die bundesweit angewendeten Qualitätsindikatoren einen effizienten Krankenhausvergleich. Die Darstellung erfolgt mittels der durch die BAQ entwickelten sogenannten „funnel-plots“, die eine fallzahlabhängige Beurteilung ermöglichen. Jeder Punkt stellt das Jahresergebnis eines Krankenhauses dar, zusätzlich wird ein 5-Jahres Verlauf abgebildet. Die Grafik stellt als Beispiel die Jahresauswertung 2013 der Sterblichkeit bei der Lungenentzündung dar. Qualitätsindikatoren werden zur Beurteilung folgender Bereiche eingesetzt:

1. Indikationsqualität: Wurden die Indikationen richtig gestellt,

beispielsweise Anteil an Patienten, bei denen eine leitliniengerechte Indikationsstellung erfolgt ist.

2. Prozessqualität: Wie sind die Verfahrensabläufe, zum Beispiel Messung der Atemfrequenz bei Aufnahme.
3. Ergebnisqualität: Wie ist das Gesamtergebnis, beispielsweise Komplikationsrate bei Operationen.

## Zeitverläufe und Trends

Das Verfahren der externen Qualitätssicherung ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Entsprechend wurde der Fragestellung nachgegangen, inwieweit in den letzten Jahren Verbesserungen bei den Qualitätsindikatoren erreicht werden konnten.

Hierzu wurden die Daten der BAQ zu den erhobenen Qualitätsindikatoren aus den Jahren 2006-2013 ausgewertet.

Insgesamt konnte der zeitliche Verlauf von 123 Qualitätsindikatoren ausgewertet werden, davon 14 (10 Prozent) zur Indikationsqualität, 34 (24 Prozent) zur Prozessqualität und 92 (66 Prozent) zur Ergebnisqualität.

Insgesamt konnte erfreulicherweise bei einem überwiegenden Teil der Qualitätsindikatoren (80,5 Prozent) ein positiver Trend festgestellt werden. Es zeigen sich hierbei unterschiedliche Muster. Zum einen gibt es Qualitätsindikatoren, die sich im Laufe der Jahre kontinuierlich verbessern. Bei einigen Indikatoren zeigt sich ausgehend von einem niedrigen Ausgangsniveau ein starker Anstieg im Laufe der Jahre, der bei Erreichen des Referenzwertes meist verlangsamt wird.

Darüber hinaus gibt es auch Qualitätsindikatoren, die sich zwar noch kontinuierlich verbessern, der Anstieg ist jedoch minimal, da der Referenzwert schon lange erreicht ist, das heißt wenig Verbesserungspotential vorhanden ist.

Einige Qualitätsindikatoren (12,2 Prozent) wiesen einen Trendwechsel von einem zunächst positiven Trend zu einem negativen Trend auf. Keiner dieser Indikatoren wich jedoch im Jahr 2013 von dem bundesweiten Referenzwert ab, das heißt der Trendwechsel sollte zwar beobachtet werden, jedoch bezüglich des Hinweises auf nachlassende Bemühungen nur zurückhaltend interpretiert werden, da der Referenzwert immer noch erreicht wird.

Bei einigen wenigen Indikatoren (7,3 Prozent) zeigt sich auch ein negativer Trend über die Jahre. Aber auch hier ist einschränkend zu sagen, dass bei keinem dieser Indikatoren im Jahr 2013 der Bundesreferenzwert nicht erreicht wurde. Darüber hinaus handelt es sich zu meist um Indikatoren, die die Rate von sehr seltenen Ereignissen ausweisen. Daher wirken sich einige wenige zusätzliche Ereignisse meist sehr stark auf den angezeigten Trend aus. Jedoch sollten selbstverständlich solche Indikatoren verstärkt beobachtet werden, beziehungsweise Bemühungen unternommen werden, den Trends entgegenzuwirken.

**QI 8a: Krankenhaus-Letalität**

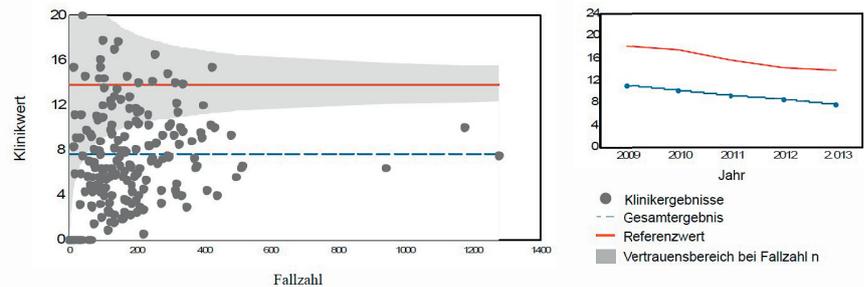
Indikator: 11878

Ziel: Möglichst niedrige Krankenhaus-Letalität.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet		%	%	%
2010	3.509		34.392	10,2	9,9 - 10,5	<= 17,6
2011	3.037		32.935	9,2	8,9 - 9,5	<= 15,8
2012	2.810		33.003	8,5	8,2 - 8,8	<= 14,4
<b>2013</b>	<b>2.760</b>		<b>35.666</b>	<b>7,7</b>	<b>7,5 - 8,0</b>	<b>&lt;= 13,8</b>

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Verstorbene Patienten.

**Fallzahl:** Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung.

Die ambulant erworbene Pneumonie ist die häufigste durch Infektion bedingte Todesursache in Deutschland. Ca. 13-14% der stationär behandelten Patienten versterben (Höfken et al. 2009), wobei die Letalitätsrate mit dem Lebensalter und Vorliegen von definierten Risikofaktoren statistisch assoziiert ist (Kohlhammer et al. 2005). Laut Menéndez et al. (2004) kann eine unzureichende Pneumonie-Behandlung mit einer 11-fach erhöhten Letalität einhergehen. Viele Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie leiden unter schwerwiegenden Grunderkrankungen. Einige Studien geben Hinweise darauf, dass die Krankenhaus-Letalität und 30-Tage-Letalität durch die Implementierung von Leitlinien zur ambulant erworbenen Pneumonie in den Krankenhäusern gesenkt werden kann (IDSA / ATS 2007, Capelastegui et al. 2004).

JAHRESAUSWERTUNG 2013 Sterblichkeit bei Lungenentzündung

Zusammenfassend konnte bei einem Großteil der Qualitätsindikatoren im Laufe der Zeit eine positive Entwicklung festgestellt werden. Dies könnte als Hinweis auf eine Qualitätsverbesserung an den Kliniken sowie generell als Erfolg des Projektes der externen Qualitätssicherung gewertet werden.

Ausblick und Resümee

Die externe Qualitätssicherung hat sich als effizientes, jedoch aufwändiges Instrument erwiesen. In den vergangenen 20 Jahren erfolgten mehrfache Paradigmenwechsel von Freiwilligkeit zur gesetzlichen Verpflichtung bis hin zur Veröffentlichung der Qualitätskennzahlen im Sinne eines public reporting. Bestrebungen zur Entbürokratisierung im Sinne der Reduktion des Dokumentationsaufwands in den Krankenhäusern werden in den nächsten Jahren zur forcierten Nutzung sogenannter Routinedaten führen.

Im stationären Bereich bieten sich hierzu die DRG-Abrechnungsdaten an, die neben ICD-Diagnosen und OPS-Prozedurencodes auch weitergehende enthalten. Dadurch wird sich eine deutliche Vereinfachung ergeben. Allerdings werden für eine differenzierte Beurteilung auch in Zukunft zusätzliche Angaben erforderlich sein.

Ein weiterer vielversprechender Ansatz ergibt sich aus der nunmehr sozialrechtlich möglichen Nutzung der bei den gesetzlichen Krankenkassen vorhandenen sogenannten Sozialdaten. Hierzu zählen neben dem life-status der Patienten eventuelle stationäre Folgeaufenthalte wegen ein und derselben Erkrankung. Als weiteres Instrument ist die stichprobenhafte Ermittlung der Patientenzufriedenheit vorgesehen. Abzuwarten bleibt, zu welchem Zeitpunkt eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit gemeinsamer Auswertung von Qualitätsdaten aus stationärem und vertragsärztlichem Bereich realisiert werden kann. ■

## Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird bekämpft

Die Ersatzkassen in Bayern bekämpfen das Fehlverhalten im Gesundheitswesen mit allen Mitteln, die ihnen per Gesetz zur Verfügung stehen. Konsequenter gehen sie jedem Hinweis auf möglichen Abrechnungsbetrug nach. Das Ziel ist es, den dadurch verursachten finanziellen Schaden für die Ersatzkassenversicherten so gering wie möglich zu halten. Die für das Jahr 2013 vorliegenden Daten für Bayern ergeben folgendes Bild: Die Rückforderungsansprüche in Höhe von mehr als 196.000 Euro wurden realisiert. Dabei stieg die Zahl der Verdachtsfälle von 77 auf 102. Ein Plus von 32 Prozent. Da der gesamte Schadenersatzbetrag niedriger als im Vorjahr war, spricht vieles dafür, dass die Ersatzkassen immer stärker in der Lage sind, auch kleinere Verdachtsfälle aufzudecken.

Häufige Formen des Fehlverhaltens sind die Falschabrechnung, die Abrechnung nicht – oder nicht persönlich – erbrachter Leistungen oder die Zuweisung gegen Provision. 38 Prozent der untersuchten Fälle betreffen Ärzte und Zahnärzte, 39 Prozent den Bereich Heil- und Hilfsmittel, 11 Prozent Pflegedienste, acht Prozent Apotheken und vier Prozent Krankenhäuser. In 21 Fällen wurden Strafanzeigen gegen Leistungserbringer erstattet.

Die Ersatzkassen in Bayern arbeiten aktuell an einer weiteren Intensivierung der Kooperation mit anderen gesetzlichen Krankenkassen bei der Fehlverhaltensbekämpfung. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) wirkt bei der Bekämpfung des Fehlverhaltens mit. Ein regelmäßiger Informationsaustausch mit der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei der KVB trägt dazu bei, relevante Verdachtsmomente beim Abrechnungsbetrug durch einzelne Vertragsärzte präziser zu erkennen.

## Ansätze zur Optimierung und Weiterentwicklung

Der Verband der Ersatzkassen hat die aktuelle Situation in der ambulanten Psychotherapie in Bayern analysiert und angesichts offensichtlicher Defizite, Überlegungen für eine Versorgungsoptimierung angestellt.



Seit dem Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zum 1. Januar 2013 hat sich die Zahl der Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, deutlich erhöht. Binnen anderthalb Jahren stieg die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten um über 250 an. Diesem Zuwachs an Praxen folgte leider keine spürbare Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation. Im schlimmsten Fall müssen Patienten nach wie vor bis zu drei Monate und länger auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch warten.

### Verkürzung der Wartezeiten möglich

Einen entscheidenden Beitrag zur Verminderung der Wartezeiten kann und sollte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) leisten. Trotz mehrfacher Intervention weigert sich die KVB bislang – aus dem

allein bei ihr vorhandenen Datenmaterial – die Ergebnisse der Analyse der Kapazitätsauslastung zu veröffentlichen. Nur mit einer solchen Bestandserhebung könnte transparent gemacht werden, wie viele Psychotherapeuten in Bayern „Vollzeitpraxen“ besetzen, aber nur Teilzeittätigkeiten ausüben. Vielfältige Indizien sprechen dafür, dass es sich hierbei um ein sehr verbreitetes, die Versorgung erheblich beeinträchtigendes Phänomen handelt. Obwohl die KVB den Krankenkassen bereits im Februar 2012 mitteilte, dass sie „ausführliche Analysen über den zeitlichen Umfang, den Vertragspsychotherapeuten vertragsärztlich tätig sind, durchführt“, hat sie sich bislang geweigert, die Ergebnisse dieser Analysen den Ersatzkassen zur Verfügung zu stellen.

Die Bedeutung dieser Daten ist nicht zu unterschätzen. Mit der Auswertung der Abrechnungsdaten der Psychotherapeuten ließen sich möglicherweise

erhebliche freie Kapazitäten identifizieren. In diesem Fall könnten die Zulassungsausschüsse gezielt Maßnahmen zur effizienteren Nutzung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten und der im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie geschaffenen neuen Psychotherapeuten-sitze treffen. Es ist nur konsequent, den Umfang der Zulassung bei der Teilzeittätigkeit eines Psychotherapeuten entweder zu reduzieren oder die Zulassung sogar zurückzunehmen.

Unabhängig davon, ob ein Psychotherapeut über Voll- oder Teilzulassung verfügt, ist er dadurch nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag zu erfüllen. Es ist Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgabe zu überprüfen und bei etwaigen Verstößen tätig zu werden. Die KVB sollte daher deutlich stärker zur Sanktionierung der Nichterfüllung von Versorgungsaufträgen verpflichtet werden.

### Obligatorische Sprechstunde sinnvoll

Zur Verbesserung der Therapie könnte darüber hinaus die Optimierung der diagnosebasierten Steuerung beitragen. In diesem Zusammenhang plädieren die Ersatzkassen für die Einführung einer vorgeschalteten, obligatorischen Sprechstunde für Beratung, Steuerung und möglicherweise Krisenintervention. Denn Patienten benötigen Anhaltspunkte für den richtigen Behandlungspfad. Die Einführung einer Sprechstunde zur ersten Orientierung bietet die Möglichkeit, zeitnah ein Erstgespräch zu vereinbaren, dringende Fälle zu erkennen und den Zuweisungskontext zu klären. Eine Psychotherapie ist nicht unbedingt in allen Fällen indiziert. Oft sind Leistungen im niederschweligen Bereich ausreichend oder eine Psychotherapie gar nicht notwendig. Auch dies kann in der therapeutischen Erstberatung durch einen unabhängigen Arzt oder Psychotherapeut bereits erkannt werden. Im Anschluss erhält der

Patient eine Handlungsempfehlung oder wird bedarfsgerecht in die Therapie eingeführt.

Eine steuernde Funktion bei psychischen Beschwerden nimmt in vielen Fällen der Hausarzt wahr. Und oft ist es der Hausarzt, der den Erstkontakt zu Patienten mit psychischen Störungen hat. Daher sollten dem Hausarzt geeignete Hilfsmittel zur Patientenanamnese wie Fragebögen oder Checklisten bzw. geeignetes Rüstzeug für die Behandlung leichter emotionaler Unausgeglichheiten zur Verfügung gestellt werden. Der Hausarzt kann bei Bedarf eine Konsultation des Psychotherapeuten oder auch eines fachärztlichen Psychiaters empfehlen.

Des Weiteren schlagen die Ersatzkassen folgende Maßnahmen vor:

- Verbesserung der Abstimmung des psychotherapeutischen Angebots mit dem präventiven, dem stationären und dem rehabilitativen Versorgungsbereichen
- Förderung weniger intensiver Versorgungsformen bei leichteren psychischen Erkrankungen (Präventionsangebote, Nutzung akuttherapeutischer Angebote für akute Krisen mit absehbarer Dauer)
- Verbesserung der KVB- Koordinierungsstelle, die zukünftig aktiv freie Therapieplätze abfragen und angebotene Therapieformen erfassen sollte, um die mit der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zusätzlich geschaffenen Psychotherapeuten-sitze effizienter zu nutzen
- Verbessertes Entlassmanagement aus dem Krankenhaus (Kontakt-aufnahme des Krankenhauses mit ambulantem Behandler zwecks Rückfallprophylaxe; strukturierter Arztbrief als Information).

Nur mit einem solchen umfassenden Maßnahmenbündel lassen sich die oftmals überlangen Wartezeiten verkürzen, die Defizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abbauen und die Chancen zur Versorgungsoptimierung nutzen. ■

## PERSONALIE

# Auszeichnung für Christian Bredl



GRATULATION Ralf Langejürgen (L.) beglückwünscht Christian Bredl

Der Vorsitzende des Landesausschusses Bayern der Ersatzkassen und Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse in Bayern, Christian Bredl, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Am 9. Juli 2014 überreichte die Bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml die Verleihungsurkunde im Namen des Bundespräsidenten an den Ausgezeichneten.

Diese Auszeichnung gilt dem langjährigen ehrenamtlichen Engagement von Christian Bredl im sozialen Bereich. Seit 2002 ist er Mitglied des sozialpolitischen Beirats im VdK Bayern. In dieser Funktion unterstützt er den Vorstand.

Seit 2008 engagiert sich Christian Bredl im Verein Health Care Bayern, der sich die Förderung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Freistaat zum Ziel gesetzt hat. In diesem Verein ist Christian Bredl Beisitzer im Vorstand und leitet dort unter anderem den Arbeitskreis Integrierte und koordinierte Versorgung. Die Landesvertretung Bayern des vdek gratuliert Christian Bredl ganz herzlich zu dieser hohen Auszeichnung und sieht darin eine besondere Würdigung seines ehrenamtlichen Engagements.

BÜCHER

## Hilfe für Pflegebedürftige

Die Broschüre stellt die verschiedenen Versorgungsformen – ambulant oder stationär – vor und zeigt dabei auch, welche finanziellen Leistungen die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt und wie zusätzlich Unterstützung durch die Sozialhilfe erlangt werden kann. Die 2. Auflage steht ganz im Zeichen der Pflegereform 2013, die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist.



Müller, Hesse, Wenzel  
Pflegebedürftig – Was tun?  
– Ein Ratgeber für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.  
2. Auflage 2013, 64 S., € 4,90.  
Verlag C. H. Beck, München

## Rund um die Pflegeversicherung

Dieser Rechtsberater informiert über alle relevanten rechtlichen Aspekte rund um Pflege und Pflegeversicherung. Die rechtlichen Aspekte sind einfach aufbereitet und in einer verständlichen Sprache dargestellt. Ein ausführliches Sachregister, zahlreiche Beispiele, Musterberechnungen und Übersichten machen die Ausführungen anschaulich. Alle wichtigen Fragen sind umfassend beantwortet: Versicherungspflicht, Finanzierung und Organisation, leistungsberechtigter Personenkreis, Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegekassen, Leistungserbringer und Qualitätssicherung sowie andere Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.



Schmidt, Merkel  
Pflegeversicherung in Frage und Antwort.  
Beck-Rechtsberater im dtv.  
Band 50738, 5. Aufl. 2013, XXIX, 205 S., € 9,90. Verlag C. H. Beck, München

ORGANSPENDE

## Entscheidung fürs Leben

In Deutschland warten jährlich rund 11.000 schwerkranke Menschen auf ein Spenderorgan. Etwa 1.000 Menschen von ihnen sterben, da sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhalten. Und das obwohl laut Umfragen 68 Prozent der Bevölkerung prinzipiell zur Organspende bereit sind, jedoch nur rund 28 Prozent einen Spenderausweis haben.

Seit dem 1.11.2012 gilt das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung. Demnach werden alle Versicherten über 16 Jahre in einem festgelegten Verfahren von ihrer Krankenkasse über die Organspende informiert und regelmäßig aufgefordert, eine persönliche Erklärung abzugeben, ob sie einer Organ- bzw. Gewebespende zustimmen, nicht zustimmen oder sich nicht erklären möchten. Die Entscheidung ist freiwillig und kann vom Versicherten auf dem versandten Organspendeausweis dokumentiert werden. Sie wird von der jeweiligen Krankenkasse nicht gespeichert und kann vom Versicherten jederzeit geändert werden.

Die Ersatzkassen engagieren sich seit Jahren für die Organspende und informieren ihre Versicherten gezielt in ihren Mitgliederzeitschriften, im Internet und im persönlichen Gespräch und helfen ihnen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Organspende. Ziel ist es, dass sich möglichst viele Menschen mit dem Thema beschäftigen und ihre Entscheidung offen mit ihrer Familie oder mit Vertrauenspersonen oder ihrem Arzt besprechen. Der vdek hat einen umfangreichen Fragen- und Antworten-Katalog rund um das Thema Organspende verfasst ([www.vdek.com/presse/Fragen\\_und\\_Antworten/organspende.html](http://www.vdek.com/presse/Fragen_und_Antworten/organspende.html)).

ARZTLITSE

## Barrierefreiheit in Praxen mangelhaft

FOTO: Picture-Factory – Fotolia.com



Das Thema Barrierefreiheit sollte in Arztpraxen noch stärker als bisher berücksichtigt werden. Zu diesem Ergebnis kommt der vdek nach einer Auswertung seines Bewertungsportals [www.vdek-arztlotse.de](http://www.vdek-arztlotse.de). Von den 196.000 niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten aus allen Teilen Deutschlands, die dort registriert sind, gaben nur rund 21.610 – elf Prozent – an, mindestens drei von zwölf Kriterien der Barrierefreiheit zu erfüllen. Abgefragt wurden Kriterien wie: Ist die Praxis ebenerdig oder hat sie einen Aufzug? Ist sie rollstuhlgerichtet? Ist das WC barrierefrei? Gibt es Behindertenparkplätze? Barrierefreiheit bedeutet, dass Räumlichkeiten so angelegt sind, dass sie von jedem Menschen, unabhängig von einer eventuell vorhandenen Einschränkung, benutzt werden können.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bayern des vdek  
Arnulfstr. 201 a, 80634 München

Telefon 0 89 / 55 25 51-0

Telefax 0 89 / 55 25 51-14

E-Mail [LV\\_Bayern@vdek.com](mailto:LV_Bayern@vdek.com)

Redaktion Dr. Sergej Saizew

Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-4045