

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KRANKENHAUSFINANZIERUNG Ende des Kostenanstiegs nicht in Sicht | **HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG** Freivertragliche Einigung auf neuen HzV-Vertrag | **ÜBERGANG** zum Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN, APRIL 2016

BE A SOCIALIZER

Soziales
Engagement stärken



GRAPHIK selbstverwaltung.de

„Heute Alltagsheld. Morgen Filmheld.“ Unter diesem Motto haben die Ersatzkassen zusammen mit ihrem Verband und der Deutschen Rentenversicherung Bund den bundesweiten Jugendwettbewerb „Be a Socializer“ ausgeschrieben. Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 16 und 26 Jahren sind aufgerufen, auf der Internetplattform www.be-a-socializer.de über persönliche Situationen oder Erfahrungen zu berichten, in denen sie Solidarität erfahren oder selber anderen Menschen ehrenamtlich geholfen haben. Ob im Sportverein, in sozialen Einrichtungen oder einfach nur in der Nachbarschaft, ehrenamtliches Engagement ist ein wesentliches Element von Solidarität und humanitärer Verantwortung in der heutigen Gesellschaft. Es bereichert auch die, die sich für andere einsetzen. Mit dem Wettbewerb „Be a Socializer“ bekommen Jugendliche und junge Erwachsene eine Plattform, um ihr Engagement und ihre Erfahrungen öffentlich zu machen.

GKV-FINANZEN

Deutliche Warnsignale am Horizont

Der wachsende finanzielle Druck in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ursächlich für steigende Zusatzbeitragssätze. Diese belasten einseitig nur die GKV-Mitglieder.

Für 43,8 von insgesamt 53,5 Millionen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen – das sind 82 Prozent – ist ihre Krankenversicherung zum Jahresbeginn 2016 teurer geworden. Das Bundesgesundheitsministerium hatte den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz um 0,2 auf 1,1 Prozentpunkte für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 erhöht. Diesen politisch gesetzten Beitragssatz mussten zudem 53 von insgesamt 117 Krankenkassen zum Teil deutlich überschreiten. Davon betroffen sind rund 30 Prozent der GKV-Mitglieder. Das heißt, 16,1 Millionen GKV-Mitglieder müssen 2016 einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zahlen. Zum Vergleich: 2015 zahlten lediglich 0,7 Millionen Menschen bzw. 1,3 Prozent der GKV-Mitglieder überdurchschnittliche kassenindividuelle Zusatzbeitragssätze.

Die Zahl der GKV-Mitglieder, die seit Jahresbeginn einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu entrichten haben, hat sich im Vergleich zum Vorjahr fast halbiert: von 32,4 auf 16,5 Millionen. Und die Zahl der Krankenkassen mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz fiel von 46 auf 15. Dagegen stieg die Zahl

der Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 11 auf 53. Einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz müssen 16,1 Millionen GKV-Mitglieder zahlen.

Deutliche Belastung der Versicherten

Für die Betroffenen machte sich die Verteuerung der Krankenversicherung in ihrem Geldbeutel zum Teil deutlich bemerkbar. Bei einem monatlichen GKV-Durchschnittseinkommen von 1.951 Euro brutto und einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent sind 21,46 Euro im Monat fällig. Die maximale Belastung bei diesem Zusatzbeitragssatz kann bis auf 46,61 Euro im Monat steigen. Bei der teuersten Krankenkasse mit dem Zusatzbeitragssatz von 1,7 Prozent liegt die maximale Belastung gar bei 72,04 Euro monatlich.

In der Diskussion über die finanzielle Belastung der Versicherten werden oft die Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von verschiedenen GKV-Leistungen ausgeblendet. Diese belaufen sich auf 3,65 Milliarden Euro (2014). Von 70,3 Millionen Versicherten sind lediglich 6,1 Millionen



KOMMENTAR

Ungebremster Kostenanstieg im Gesundheitswesen

FOTO: vdek



von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

Der Gesetzlichen Krankenversicherung laufen die Kosten aus dem Ruder. Jüngstes Symptom für diese Entwicklung: Eine deutliche Steigerung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen zu Jahresbeginn 2016. Schon jetzt zeichnet sich eine weitere dramatische Zuspitzung an der Beitragsfront in den kommenden Jahren ab. Selbst wenn man ein konservatives Szenario zugrunde legt, dürfte der Zusatzbeitragssatz im Jahre 2020 bei zwei Prozent liegen.

Das bedeutet jährliche Zusatzbelastungen für die Versicherten in Milliardenhöhe, die laut Gesetz sie allein stemmen müssen. Auf diese Weise gerät die hälftige Finanzierung der Kassenbeiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber immer mehr aus dem Gleichgewicht. Daher unser Appell: Der Gesetzgeber muss so schnell wie möglich umsteuern. Eine Gesundheitspolitik nach Kassenlage, die finanzielle Folgelasten zunehmend nur auf zukünftige Versichertengenerationen abwälzt, hat keine Zukunft.

Wir appellieren an den Gesetzgeber, auch die Fehlsteuerung im morbiditätsorientierten RSA möglichst schnell zu beseitigen. Denn eine finanzielle Unterdeckung einer Krankenkasse beim Erhalt der RSA-Zuweisungen führt zu steigenden Zusatzbeitragssätzen und belastet die Versicherten.



von den Zuzahlungen aufgrund des niedrigen Einkommens oder chronischer Erkrankungen befreit. Die restlichen Versicherten leisten rechnerisch Zuzahlungen in Höhe von 57 Euro im Jahr.

Erhöhter Finanzdruck durch teure Gesetze

Die Zahlen belegen: die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenkassen wird immer angespannter. Woher rührt diese Entwicklung und wer ist dafür verantwortlich, dass die Versicherten – und allein sie müssen für die Beitragssatzerhöhungen gerade stehen – immer tiefer in die Tasche greifen müssen? Wer verstehen will, welche Gründe für diese Entwicklung maßgeblich sind, muss sich nur die Bundestagsdrucksachen der letzten zwei Jahre anschauen. Selten gab es so viele kostenträchtige Reformgesetze im Gesundheitswesen wie in den Jahren 2014 und 2015.

Nach Berechnungen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung kumulieren sich die Folgekosten dieser Gesetzesflut auf rund 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2020. Darunter befindet sich sicher eine Reihe von Gesetzen, die sinnvoll und notwendig waren. Das Bedenkliche ist aber, dass

bei einzelnen Gesetzesvorhaben nicht die Leistungsverbesserung für die betroffenen Patienten im Mittelpunkt stand, sondern lediglich die schlichte Aufstockung von Vergütungen und Honorierungen für unterschiedliche Leistungsempfängergruppen.

Angesichts dieses Szenarios ist schon jetzt absehbar: der Zusatzbeitragssatz dürfte in vier Jahren bei mindestens zwei Prozent liegen. Eine besonders bedenkliche Nebenfolge: Die ursprünglich praktizierte hälftige Finanzierung der Kassenbeiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber würde weiter abgebaut.

»Die einseitige Belastung der Versicherten durch Zusatzbeiträge wird weiter steigen.«

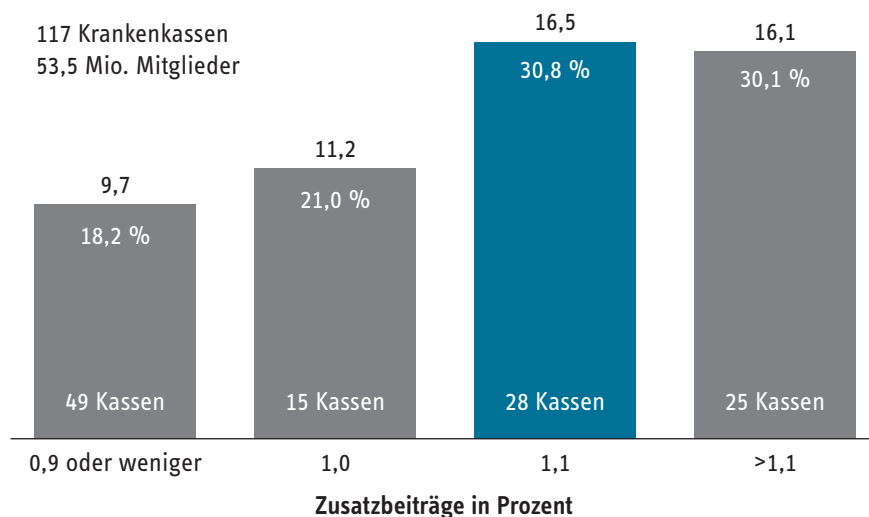
Während die Arbeitgeber schon jetzt nur 46,5 Prozent der Beitragslast tragen, würde ihr Anteil 2020 dann auf rund 44 Prozent sinken.

Fehlsteuerung durch Morbi-RSA

Der Finanzabschluss des Jahres 2015 war für die Gesetzliche Krankenversicherung mit einem Gesamtdefizit von

GKV-Zusatzbeitragssätze 2016

nach Mitgliedern in Millionen, 1. Januar 2016 – Bundesgebiet



Geschätzte Zusatzausgaben der GKV durch die aktuelle Gesetzgebung

Angaben in Millionen Euro, jeweils im Vergleich zu 2015

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

¹ Ausgabenerwartung der Bundesregierung lt. Gesetzentwurf plus Schätzung der Wirkung der Konvergenzregelung zur ärztlichen Vergütung (500 Millionen Euro p. a. für 2017 bis 2019)

² Ausgabenschätzung des BMG im Hinblick auf die Finanzwirkungen des Kabinettsentwurfs zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) vom 10.6.2015

³ Ausgabenschätzung des BMG zu den am 4.11.2015 eingebrachten Änderungsanträgen zum KHSG

⁴ Ausgabenerwartung der Bundesregierung lt. Gesetzentwurf vom 10.12.2014, ohne Schätzung der schwer kalkulierbaren Mehrausgaben durch Erweiterung Gesundheitsuntersuchungen (§§ 25, 26 SGB V)

⁵ Schätzung der Ausgaben auf Basis des Gesetzentwurfs vom 27.5.2015

⁶ Schätzung der Ausgaben auf Basis des Regierungsentwurfs vom 29.4.2015, u. a. abhängig von der Ausgestaltung HKP-Richtlinie und folgenden Vertragsverhandlungen

⁷ direkte Entnahmen aus dem Gesundheitsfonds für Innovations- sowie KH-Strukturfonds

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

1,14 Milliarden Euro spürbar negativ. Betroffen davon waren auch die Ersatzkassen mit einem Minus von 532 Millionen Euro und das, obwohl ihre Einnahmen und Ausgaben gleichermaßen gestiegen waren. Hier wird ein weiteres gravierendes Problem der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen deutlich, das einer Lösung harret. Das Defizit bei den Ersatzkassen ist wesentlich auf eine strukturelle

Unterdeckung bei den Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zurückzuführen.

Bei der Einführung des Gesundheitsfonds wurde der Risikostrukturausgleich mit der Absicht modifiziert, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch direkte Einbeziehung der Morbidität als Risikofaktor deutlich zu erhöhen. Der finanzielle Bedarf der jeweiligen

Krankenkasse sollte möglichst vollständig gedeckt sein. Doch von Anfang an bekamen die Ersatzkassen weniger, als sie benötigten. Ihre Deckungsquote lag Jahr für Jahr unter 100 Prozent. Während die Ersatzkassen im RSA-Ausgleich 2014 eine Unterdeckung von minus 433 Millionen Euro verzeichneten, wiesen die AOKen

ZAHL DES JAHRES

Für 82 Prozent

der GKV-Mitglieder ist die gesetzliche Krankenversicherung zum 1.1.2016 durch gestiegene Zusatzbeiträge teurer geworden.

ein Plus von 888 Millionen Euro aus. Diese Fehlentwicklung schlägt sich auch in den Zusatzbeiträgen nieder: die AOK Niedersachsen kommt mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,8 Prozent aus und die AOK Sachsen-Anhalt sogar nur mit 0,3 Prozent, obwohl beide Kassen bei den Verwaltungsausgaben zum Teil deutlich über denen der Ersatzkassen liegen.

Dringender Reformbedarf

Aus alldem ergeben sich konkrete Forderungen: Auf dem Feld der GKV-Finanzierung dürfen die Kosten nicht weiter aus dem Ruder laufen. Außerdem müssen in Bezug auf einzelne Krankenkassen und ihre Wettbewerbsfähigkeit die Fehlsteuerungen im Kassenfinanzausgleich schnellstmöglich beseitigt werden. Letztendlich wirken sich beide Faktoren – Kostensteigerungen und finanzielle Unterdeckung im RSA – negativ auf die Entwicklung der Zusatzbeitragssätze aus. Und der Verlierer wird in beiden Fällen allein der Versicherte sein. Aus Sicht der Ersatzkassen kann mittelfristig nur die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung die offensichtliche Lastenverschiebung zu Ungunsten der Versicherten stoppen und nur eine konsequente Eindämmung der Ausgabenzuwächse dauerhaft für die notwendige Finanzstabilität sorgen. ■

Ende des Kostenanstiegs nicht in Sicht

Der aktuelle Landesbasisfallwert (LBFW) und die verabschiedete Krankenhausreform erzeugen einen gewaltigen Kostendruck bei den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern.

Der zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft vereinbarte Landesbasisfallwert wurde 2016 auf 3.312,00 Euro erhöht. Im Vorjahr lag er noch bei 3.257,00 Euro. Diese rechnerische Basisgröße bestimmt die Preise der einzelnen Krankenhausleistungen und letztendlich das Preisniveau im Krankenhaussektor. Der Höhe nach befindet sich Bayern mit diesem LBFW im bundesweiten Ranking nunmehr an dritter Stelle, hinter den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland. Die Jahre zuvor bewegte sich Bayern im Bundesvergleich immer noch im Mittelfeld, obwohl oberhalb des Mittelwertes. Ein für die Krankenkassen kostspieliger Sprung.

486 Millionen Euro mehr für bayerische Krankenhäuser

Die gesetzlichen Kassen in Bayern zahlen in diesem Jahr rund 486 Millionen Euro mehr Geld an die Krankenhäuser für die Versorgung der Patienten. Diese Einnahmensteigerung bedeutet ein Plus von 4,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Für die Krankenhäuser erhöhen sich somit alleine preisbedingt die Erlöse in 2016 auf fast 10,15 Milliarden Euro. Zusätzliche Mengensteigerungen, etwa durch einen Anstieg der Operationen, sind dabei noch nicht berücksichtigt. Bei diesen üppigen Einnahmensteigerungen erwarten die Ersatzkassen in Bayern von den Krankenhäusern, dass diese ihre Budgets nachhaltig zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit bei der Behandlung der gesetzlich Versicherten nutzen.

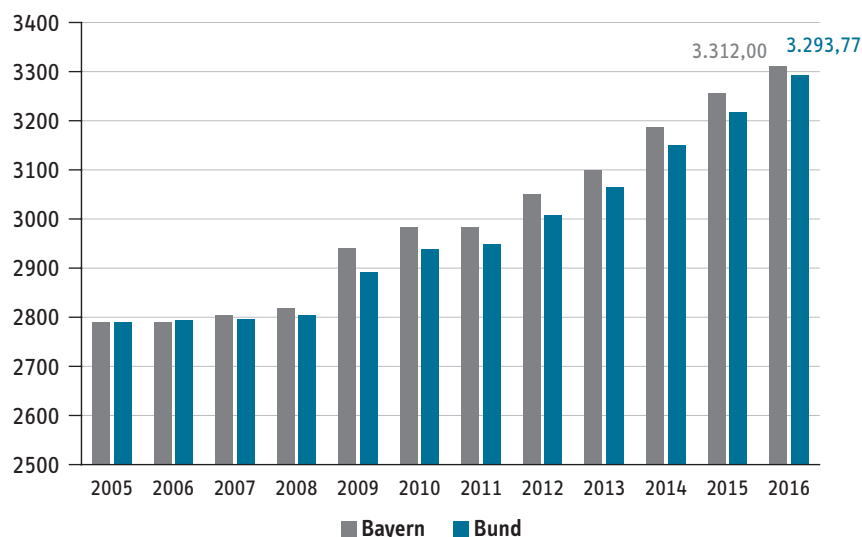
Die teuerste Reform der Legislaturperiode

Ein weiterer Kostenschub ergibt sich durch die kürzlich verabschiedete Krankenhausreform. Die reformbedingten Ausgabenzuwächse werden sich massiv in den Zusatzbeiträgen niederschlagen. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt die zusätzlichen Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Krankenhausreform für die Jahre 2016 bis 2020 auf voraussichtlich rund 5,3 Milliarden Euro. Zusätzliche Ausgaben in Höhe von 3,56 Milliarden Euro kommen durch zahlreiche Änderungsanträge zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSg) zusammen. Vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen ist leider davon auszugehen, dass diese Kostenschätzungen des Bundesgesundheitsministeriums eher noch übertroffen werden. Auch wenn es bei den knapp neun Milliarden Euro bleiben

sollte, kommen hier in jedem Fall erhebliche Zusatzlasten auf die GKV zu.

Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den Krankenhausgesamtkosten hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht. Das KHSg als teuerstes Reformwerk der Wahlperiode hat die Ausgabensituation für die Krankenkassen nochmals erheblich verschärft. Das grundlegende Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer hat der Gesetzgeber indessen nicht gelöst. Nach wie vor steht die Investitionskostenfinanzierung nicht in adäquater Relation zur Finanzierung der Betriebskosten. Im Falle Bayerns stehen den rund 10,15 Milliarden Euro von den Krankenkassen, ein Finanzierungsbeitrag des Freistaates von 0,5 Milliarden Euro gegenüber. Dadurch werden die Krankenhäuser weiterhin gezwungen sein, Sanierungs- und Investitionsmaßnahmen aus den Betriebsmitteln zu finanzieren. ■

Entwicklung der Landesbasisfallwerte in Bayern vs. Bundesdurchschnitt
2005 - 2016, in Euro



HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

Freivertragliche Einigung auf neuen HzV-Vertrag

Mit einem neuen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung leisten die Ersatzkassen einen gewichtigen Beitrag zur Sicherung einer wohnortnahen qualifizierten hausärztlichen Versorgung ihrer Versicherten in Bayern.



FOTO: BHÄV

DR. DIETER GEIS, Vorsitzender des Bayerischen Hausärzteverbandes (L.), und Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, beim Unterschreiben des Vertrages.

Die neu geschaffenen Rahmenbedingungen bieten sowohl Hausärzten als auch Patienten große Vorteile. Aus Sicht des Vorsitzenden des Bayerischen Hausärzteverbandes, Dr. Dieter Geis, geht von dem freiwilligen Abschluss des HzV-Vertrags das wichtige und zukunftsweisende Signal aus, dass die Ersatzkassen bereit sind, mit den Hausärztinnen und Hausärzten den Weg einer partnerschaftlichen und konstruktiven Umsetzung der vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollten Hausarztzentrierten Versorgung gemeinsam zu beschreiten.

Mehr Zeit für Patienten

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und der Bayerische Hausärzteverband haben sich darauf verständigt, den laufenden Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Ersatzkassen ab dem 1. Juli 2016 durch einen freiwillig abgeschlossenen HzV-Vertrag zu ersetzen. Zu den Vertragsparteien aufseiten der Ersatzkassengemeinschaft gehören BARMER GEK, DAK-Gesundheit, KKK – Kaufmännische Krankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse und Handelskrankenkasse (hkk).

Konstruktive und zielorientierte Verhandlungen

Bereits im April 2015 hatten sich die Vertragsparteien auf die Weiterentwicklung des 2012 durch Schiedsspruch zustande gekommenen HzV-Vertrags und die Aufnahme von Verhandlungen über einen freiwillig abzuschließenden HzV-Vertrag

verständigt. Nachdem bereits 2015 einige Vergütungspositionen in der Höhe angepasst und in der Umsetzung vereinfacht worden waren, erzielten die Vertragsparteien in konstruktiv und zielorientiert geführten Verhandlungen um die Jahreswende 2015/16 weitere strukturelle und finanzielle Verbesserungen, die sich positiv auf die hausärztliche Versorgungssituation auswirken werden.

Neue Rahmenbedingungen für Hausarzt und Patient

Eine Besonderheit ist die unbefristete Vertragslaufzeit. Der Vertrag kann erstmals zum 30. Juni 2020 gekündigt werden und bietet deshalb allen Beteiligten erhebliche Planungssicherheit. Im Geiste einer zukunftsorientierten Vertragspartnerschaft werden die Ersatzkassen ihre noch anhängigen Klagen gegen die Schiedssprüche aus den Jahren 2010 und 2012 zurücknehmen.

Den Versicherten wird eine hausärztliche Versorgung garantiert, die es dem Hausarzt erlaubt, sich dem Patienten zeitlich noch intensiver zu widmen, als dies in der Regelversorgung vorgesehen ist. Für die Patienten ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner und übernimmt eine wichtige Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen. Vorteile bringt der neue Vertrag den Patienten, die auf den Hausarzt besonders angewiesen sind. Dafür wurden beispielsweise die hausärztlichen Leistungen bei der Versorgung von chronisch Kranken und Palliativpatienten mit Zuschlägen honoriert.

Aus Sicht des vdek konnte durch den freivertraglichen Abschluss eine in früheren Jahren nicht immer ganz leichte Vertragsbeziehung im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung befriedet und die qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung für die Ersatzkassenversicherten in Bayern weiter entwickelt und noch zielgenauer gemacht werden. ■

Schritt für Schritt zum Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Das Pflegestärkungsgesetz II und die damit verbundene Umsetzung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern vor vielfältige Herausforderungen. Das Jahr 2016 wird das Jahr der Vorbereitung.

Text: Rainer Kasperbauer und Dr. Ottilie Randzio, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern

Mit der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 kommt es zur lang erwarteten Reform der Pflegeversicherung, die vom MDK Bayern als positive Entwicklung begrüßt wird. Für den Bereich Pflege des Medizinischen Dienstes bedeutet dies eine große Umstellung in der täglichen Arbeit: Von der eingesetzten Software über die Schulung der Mitarbeiter bis hin zur Abarbeitung der erhöhten Auftragszahlen – das „Megaprojekt“ Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zieht sich durch alle Bereiche.

Herausforderungen erkennen und meistern

„Uns erwartet ein völlig neues System. Und damit auch eine große Chance für alle Beteiligten“, erklärt Rainer Kasperbauer, Geschäftsführer des MDK Bayern und Leiter der bundesweiten Arbeitsgruppe zur organisatorischen Umsetzung des Neuen Begutachtungssystems (NBA), die aktuelle Situation. Schon im Sommer 2015 wurde deshalb beim MDK Bayern eine Arbeitsgruppe gegründet, die nicht nur die finale Umsetzung, sondern seitdem alle vorlaufenden Maßnahmen plant und umsetzt.

Einberufen wurde die Arbeitsgruppe NBA von Dr. Ottilie Randzio, Leitende Ärztin im Bereich Pflege und stellvertretende Geschäftsführerin des MDK Bayern. „Dank unserer wöchentlichen Treffen sind wir gut vorbereitet“, zeigt sich



RAINER KASPERBAUER UND DR. OTTILIE RANDZIO VOM MDK BAYERN

Dr. Randzio optimistisch. Die Gruppe trägt engagiert zur praktischen Umsetzung der Reform des Begutachtungssystems bei. „Wir haben die Herausforderung frühzeitig erkannt und werden sie dank unserer Vorbereitung meistern.“

Mehr als 75.000 zusätzliche Aufträge erwartet

Organisatorische Herausforderungen erwarten die Mitarbeiter vor allem in den Bereichen Auftragszahlen, Datenverarbeitung, Schulung und Information. Es wird erwartet, dass durch den Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Übergangsphase bundesweit 500.000 Gutachten mehr anfallen werden. Bei einem Marktanteil von 15 Prozent sind dies für den MDK Bayern etwa 75.000 zusätzliche Aufträge durch die Pflegekassen,

die organisiert und bearbeitet werden müssen. Weiterhin wird ab dem zweiten Halbjahr 2016 mit einer deutlichen Auftragssteigerung durch den „Vorholeffekt“ gerechnet: viele Versicherte werden mutmaßlich noch vor dem Wechsel eine Begutachtung beantragen, um zum Stichtag 1. Januar 2017 eine möglichst gute Ausgangssituation für die Überleitung in die neuen Pflegegrade zu erreichen (siehe Tabelle Überleitungsregelung).

Um diese Mehrarbeit zu bewältigen, hat der MDK eine flexible Personalplanung erarbeitet, um benötigte personelle Ressourcen schnell und effektiv einsetzen zu können. Schon jetzt werden deshalb altersbedingt frei werdende Stellen vorzeitig nachbesetzt, Incentive-Budgets (freiwillige Mehrarbeit) ausgebaut und das Team der Externen Gutachter erweitert. Zusätzlich werden sämtliche

logistische Prozesse angepasst – von der Auftragserfassung bis zum Einsatzplan der Pflegefachkräfte.

Die Technik spielt mit – neues Formulargutachten

Auch die Datenverarbeitung muss aufgrund der neuen Begutachtungsrichtlinien und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsassessment angepasst werden. Um künftig alle Module und Bereiche digital einpflegen zu können, wird eine neue Software benötigt. Hierfür wurde auf Bundesebene von allen Medizinischen Dienste ein Soll-Konzept entwickelt, welches jeder MDK für sein sogenanntes Haussystem umsetzen bzw. programmieren muss. Der MDK Bayern hat sich für die Umsetzung externe Unterstützung geholt, die zusammen mit erfahrenen Mitarbeitern des MDK anhand der einheitlichen Vorgaben konkrete Programmierungen umsetzen.

Steht das Programm, wartet die nächste Herausforderung auf die Mitarbeiter der EDV: Alle benötigten Laptops müssen mit der neuen Software ausgestattet werden. Testläufe unter Realbedingungen zeigen dann, ob Software, Systeme und Produkte

wie gewünscht funktionieren. Zusätzlich beschäftigen sich EDV-Experten mit der Umsetzung neuer Schnittstellensysteme zu den Pflegekassen. Auch hier müssen die Systeme angepasst werden, damit der digitale Transfer der Daten weiterhin gewährleistet ist. „Wenn alles nach Plan läuft – und so sieht es derzeit aus – dann sind wir ab Oktober 2016 soweit durch, dass alle IT-Systeme voraussichtlich startklar sind“, sieht Bernd Schneider, Fachberater Prozesse/IT des Bereichs Pflege, optimistisch in die Zukunft.

Wesentlicher Baustein: Schulungen

Neue Begutachtungsrichtlinien, neue Software, neue Mitarbeiter: Ein wesentlicher Baustein der Planung ist das Schulungskonzept. Sind für den Laien auf den ersten Blick nur Schulungen für direkt betroffene Mitarbeiter – also Pflegefachkräfte und Ärztliche Gutachter – notwendig, haben Dr. Ottilie Randzio und ihre Arbeitsgruppe alle Berufsgruppen im Blick: „Von den Gutachtern über die Auftrags- erfassung bis hin zum Telefonservice betreffen die Änderungen im Gesetz einen großen Teil der Mitarbeiter im MDK Bayern.“ Das Schulungskonzept ist deshalb

basierend auf Vorgaben der Bundesebene zeitlich und inhaltlich bereits ausge- arbeitet.

Schon im Sommer diesen Jahres werden 14 Mitarbeiter des MDK an einer Multiplikatoren-Schulung auf Bundesebene teilnehmen. Zudem informiert der MDK regelmäßig über interne Kommunikationskanäle wie Mitarbeiterzeitung, Radio und Videos. Zusätzlich zu seinen eigenen Mitarbeitern schult der Medizinische Dienst auch die Sachbearbeiter der Pflegekassen. Hier entwickeln MDK und Pflegekassen derzeit in einer eigens gegründeten Arbeitsgruppe zum Thema NBA gemeinsam ein geeignetes Schulungskonzept.

Rechtzeitig und bedarfsgerecht informieren

Wie informiert man eine derart große und heterogene Interessengruppe, wie sie den Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff betrifft, rechtzeitig und vor allem bedarfsgerecht? Der MDK Bayern hat von Anfang an auf transparente und vielseitige Information gesetzt. Neben dem kontinuierlichen Austausch mit den Pflegekassen und einer zielgruppengerechten Kommunikation, bilden elf bayernweite Informationsveranstaltungen das Fundament der Informationsstrategie. Über 2.900 interessierte Teilnehmer haben sich für die Vorträge der Informationsabende angemeldet – alle Termine waren innerhalb weniger Wochen komplett ausgebucht. „Mit diesen herausragenden Zahlen hätte niemand gerechnet. Jetzt ist es besonders wichtig, dass wir die Informationen für alle zugänglich machen – Pflegekassen, Fachpublikum sowie Versicherten und deren Angehörigen“, fasst Geschäftsführer Reiner Kasperbauer die aktuelle Situation zusammen. Den erhöhten Informationsbedarf bedient der MDK Bayern deshalb mit umfassenden Informationen auf seiner Website sowie einem Video der Informationsveranstaltung mit dem Original-Vortrag und den entsprechenden Folien sowie einem Handout unter der Internetadresse www.mdk-bayern.de/nba. ■

MDK BAYERN

Überleitungsregelung des PSG II

Die Überleitung gewährleistet einen nahtlosen Übergang in das neue System. Leistungsempfänger müssen keinen neuen Antrag stellen. Sie müssen auch nicht neu begutachtet werden.

Gültiges Verfahren		wird übergeleitet in	Pflegegrad
Keine Pflegestufe	mit EA*	➔	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	ohne EA	➔	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	mit EA	➔	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	ohne EA	➔	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	mit EA	➔	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	ohne EA	➔	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	mit EA	➔	Pflegegrad 5
Härtefälle		➔	Pflegegrad 5

*EA: mit eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. bei Demenz oder psychischer Erkrankung

BÜCHER

Gesundheitliche Fallen im Büroalltag

Viele Menschen leiden unter ungesunden Routinen, die sich in ihren Arbeitsalltag eingeschlichen haben: ständiger Stress, Bewegungsmangel, Büroernährung, schädliche Haltung und Freizeitdefizite. Die Autorin zeigt am typischen Tagesablauf eines Büroangestellten die Vielzahl gesundheitlicher Fallen auf. Zudem lädt sie die Leser mit Selbstreflexionen, Checklisten, Fragebögen und Übungen dazu ein, tatsächlich ab sofort etwas für sich, für gesundes Arbeiten zu tun.



Hannah Frey
Gesund im Büro
Projekt: Gesund leben
2015, 191 S., € 14,99
Kreuz Verlag in der Verlag
Herder GmbH, Freiburg

Psychische Gesundheit und Arbeitsqualität

Der erste Teil des Buches befasst sich mit den riskanten psychosozialen Folgen des Wandels der Arbeit aus der Sicht institutioneller Akteure, der zweite Teil mit den Aspekten riskanter Arbeit aus der Sicht der Wissenschaft. Wissenschaftler, Gewerkschaften, Arbeitsmarktforschung, Krankenkassen, Berufs- und Fachverbände analysieren zentrale gesamtgesellschaftliche Fragen: Was ist das Riskante an den Arbeitswelten und wie wirkt sich der Wandel von Arbeit auf die Qualität der Tätigkeit aus?



Haubl, Hausinger, Voß (Hg.)
Riskante Arbeitswelten
2013, 202 S., € 34,90
Campus Verlag GmbH,
Frankfurt am Main

EHRENAMT

Mehr Geld für ambulante Hospizdienste



FOTO: Photographie.eu – Fotolia.com

Die Zahl der von den gesetzlichen Krankenkassen geförderten ambulanten Hospizdienste in Bayern hat sich im vergangenen Jahr von 99 auf 101 weiter erhöht. Auch das Förder-volumen ist 2015 gegenüber dem Vor-jahr gestiegen: von 6,45 auf 6,58 Millionen Euro. Das ist ein Zuwachs von 2,16 Prozent.

Der Förderbeitrag der Ersatzkassen ist – aufgrund des vergrößerten Marktanteils – sogar überproportional um 3,2 Prozent gestiegen. Während die Fördersumme der Ersatzkassen 2014 bei gut 1,98 Millionen Euro lag, überstieg sie 2015 die Zwei-Millionen-Grenze und erreichte 2,05 Millionen Euro.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Dienste eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung durchführen. Dazu ist es notwendig, mit palliativ erfahrenen Ärzten und Pflegediensten zusammenzuarbeiten. Zudem muss der Dienst unter der Verantwortung von besonders ausgewiesenen Fachkräften stehen. Die Sterbebegleitung kann im Haushalt der Versicherten, in der Familie oder in Pflegeheimen erfolgen.

Dank dieser Förderung der Krankenkassen können Tausende von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste in Bayern fast 10.000 Sterbebegleitungen im Jahr übernehmen.

NACHSCHLAGEWERK

Das Wichtigste auf einen Blick



Wie viel Geld wird in Deutschland für Gesundheit ausgegeben? Wie lange liegen Patienten im Schnitt in den einzelnen Bundesländern im Krankenhaus? Und wie haben sich die Werte im Vergleich zum Vorjahr verändert? Antworten auf diese und weitere Fragen finden sich in den neu erschienenen „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2015/2016“, die zum 20. Mal veröffentlicht wurde. Die Broschüre gibt dem Leser einen hervorragenden Überblick über bevölkerungs- und versichertenbezogene Kennzahlen, Finanz- und Strukturdaten der verschiedenen Versorgungsbereiche der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit. Angaben zum demographischen Wandel und zur Bevölkerung ergänzen die Daten zum Gesundheitswesen. Die Printausgabe der Broschüre kann unter lv-bayern@vdek.com bestellt werden.

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
Redaktion Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4045