

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW Gesundheit ist nicht teilbar, es muss überall Solidarität geben | **FAIRE-KASSENWAHLGESETZ** Regional starke Ersatzkassen fordern fairen Wettbewerb | **SELBSTHILFE** GKV-Förderung übersteigt 10,3 Millionen Euro

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2019

VDEK-PFLEGELOTSE

Erneut ausgezeichnet



Die Pflege-Suchmaschine des Ersatzkassenverbandes www.pflegelotse.de ist zum dritten Mal in Folge mit dem Preis „Deutschlands Beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden.

Mit 1,2 Millionen Besuchern im Monat hat sich der vdek-Pflegelotse in den zurückliegenden Jahren zu einem der Marktführer entwickelt und umfasst rund 25.000 Anbieter in der ambulanten und stationären Pflege. Das sind Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und häusliche Betreuungsdienste.

Den Nutzern aus Bayern gibt der vdek-Pflegelotse die Auskunft über 2.079 ambulante Pflegedienste und 1.473 stationäre Pflegeeinrichtungen, darunter 1.272 Einrichtungen, die auch Kurzzeitpflege anbieten. Dazu kommen 477 Tagespflegeeinrichtungen, 20 Hospize und 51 Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, sechs davon speziell für Kinder und Jugendliche.

KRANKENHAUSVERSORGUNG

Krankenkassen fordern Reformen

Mit einem Positionspapier zur Krankenhausversorgung und -planung will die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern (ARGE) Impulse für eine dringend erforderliche Debatte setzen. Darin erklärt sich die ARGE bereit, den angestrebten Veränderungsprozess aktiv mitzugestalten.

Das Positionspapier benennt die bestehenden Probleme und Defizite in der Planung und der Versorgung im stationären Sektor und formuliert zugleich konkrete Anpassungsmaßnahmen. Im Mittelpunkt dabei steht die Frage: Welche und wie viele Krankenhäuser braucht der Gesundheitsstandort Bayern um eine optimale, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Krankenhausversorgung sicherzustellen? Oder anders gefragt: Wie sollte die Krankenhausstruktur im Freistaat unter Berücksichtigung der bestmöglichen Qualität, der wirtschaftlichen Tragfähigkeit sowie unter dem Gesichtspunkt der Wohnortnähe aussehen?

Die bisherige Struktur – so die Diagnose – weist erhebliche Defizite auf und wird angesichts des immer akuter werdenden Personalmangels in den Krankenhäusern und in Anbetracht der zwischenzeitlich wissenschaftlich nachgewiesenen Qualitätsmängel vor allem in kleineren Kliniken nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. Der Bundesgesetzgeber hat in den zurückliegenden Jahren mehrfach die

Qualitätsanforderungen an die Krankenhausträger verschärft und z. B. beim Thema Personaluntergrenzen neue Maßstäbe gesetzt. Dies wird in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen sein und nicht mit einer einfachen Fortschreibung des Status quo zu beheben sein.

Die Krankenkassen und ihre Verbände begrüßen deshalb den erklärten politischen Willen der Bayerischen Staatsregierung, die Krankenhausstrukturen nicht nur zu erhalten, sondern auch bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Die Ankündigung der Koalition aus CSU und Freien Wählern die Krankenhausträger aktiv bei der Entwicklung eines passenden Nutzungskonzepts für die Zukunft zu unterstützen, sieht die ARGE der Krankenkassen in Bayern als wichtigen Schritt zur Neuordnung der Strukturen. Hier wird es darauf ankommen, gezielt auf die betroffenen Träger zuzugehen und Lösungen zu erarbeiten.

Neben der Strukturthematik greifen die Krankenkassen in ihrem Positionspapier weitere Kernbereiche der Krankenhauspolitik auf und laden alle



Patientensicherheit geht vor Strukturerhalt



von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

FOTO: vdek

Dass die Krankenhausversorgung in Deutschland dringend neu geordnet werden muss, ist mittlerweile eine allgemein anerkannte Tatsache. Zu viele kleine Krankenhäuser mit unzureichender Ausstattung. Zu viele Kliniken mit massiven Personalengpässen. Und immer mehr defizitäre Häuser, die mühsam am Netz gehalten werden, obwohl weder die betriebswirtschaftlichen noch die qualitativen Voraussetzungen für einen Weiterbetrieb der Einrichtungen vorhanden sind.

Der lange verschleppte Konzentrationsprozess muss endlich krankhausplanerisch angegangen werden. Planbare Operationen müssen dorthin gesteuert werden, wo die beste Versorgung sichergestellt ist und Notfallmedizin darf nur noch dort stattfinden, wo Notfälle auch vollumfänglich therapiert werden können. Nicht die politische Opportunität, sondern die Prozess- und Ergebnisqualität müssen in den Mittelpunkt der Strukturentscheidungen gerückt werden.

Die Verantwortung für das Patientenwohl muss über allem stehen und darf nicht länger hinter dem Wunsch nach Strukturerhalt zurückstehen. Die staatlichen Planungsbehörden kommen an einer durchgreifenden Generalüberholung der Strukturen einfach nicht mehr vorbei.



Beteiligten – Politik, Krankenhäuser und Krankenkassen – ein, die notwendigen Reformen gemeinsam anzugehen.

Patienten im Mittelpunkt der Krankenhausversorgung

Die Arbeitsgemeinschaft kritisiert den zunehmenden Einfluss ökonomischer Fehlansätze auf die präferierte Behandlungsmethode. In einer wachsenden Zahl von Fällen bestimmt nicht der tatsächliche Therapiebedarf, sondern eher die betriebswirtschaftliche Kalkulation die Therapieentscheidung. Dadurch werden Patientenschutz bzw. Patientensicherheit immer wieder auf bedenkliche Weise in Mitleidenschaft gezogen. Deshalb fordern die Krankenkassen und ihre Verbände ein erweitertes Verständnis von Patientenschutz, eine umfassende Patientensicherheitskultur in den Krankenhäusern sowie eine aktivere Einbindung von Patienten.

Um diese Ziele zu erreichen, sind aus Sicht der Krankenkassen, folgende Maßnahmen erforderlich:

- Formulierung einer verbindlichen bundeseinheitlichen Hygiene-Richtlinie mit Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität von Hygienemaßnahmen.
- Anschluss aller Krankenhäuser an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesystemen.
- Etablierung eines Implantateregisters für sämtliche Hochrisikomedizinprodukte mit einer Teilnahmeverpflichtung für alle Beteiligten und
- Systematische Erfassung aller Erfahrungen von Patienten und Angehörigen im Therapieprozess, um Fehlerquellen aufzudecken und Verbesserungspotentiale zu identifizieren.

Patienteninformation – transparent, benutzerfreundlich und verständlich

Die Arbeitsgemeinschaft bewertet die Informationspraxis der Kliniken gegenüber ihren Patienten, insbesondere über

die Qualität konkreter Leistungen im Krankenhaus als defizitär. Es fehlen beispielsweise allgemeinverständliche Informationen, die bei der Auswahl des geeigneten Krankenhauses helfen können.

Eine medizinische und pflegerische Versorgung muss für den Patienten benutzerfreundlich, erkennbar und verständlich dargestellt werden. Nur so kann ein qualitätsbewusstes Verhalten des Versicherten bei der Krankenhausauswahl sicher gestellt werden. Die Arbeitsgemeinschaft weist auf die bereits vorhandenen Verfahren und Instrumenten zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität hin und fordert ihre konsequente Nutzung.

Qualität als Kriterium der Krankenhausplanung

Kritisch stellt die Arbeitsgemeinschaft fest, dass wichtige Qualitätsaspekte weiterhin keine ausreichende Berücksichtigung im bayerischen Krankenhausplanungsprozess finden, obwohl der Bundesgesetzgeber mittlerweile die Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Steuerung in der stationären Versorgung vorschreibt. Daher erwartet die Arbeitsgemeinschaft, dass der Freistaat Bayern sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits entwickelten und noch weiter zu entwickelnden Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bekennt und diese auch tatsächlich zur Grundlage für seine Planungsentscheidungen macht.

Die Qualität der stationären Leistungen soll entscheiden, ob, an welchem Ort und in welchem Umfang sie erbracht werden darf. Es muss selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben regelmäßig und verbindlich nachweisen. Schlechte Qualität muss zwingend Konsequenzen haben. Verletzt ein Krankenhaus dauerhaft die Qualitätsstandards, muss es rechtssicher von der Erbringung der betroffenen Leistung ausgeschlossen werden.

Angesichts der in mehreren wissenschaftlichen Studien belegten Erkenntnis,

dass die Sterblichkeit von Patienten in Krankenhäusern mit niedrigen Fallzahlen spürbar höher ist als in Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen und größerer Routine, fordert die Arbeitsgemeinschaft eine strikte Umsetzung der neuen Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Klare Vorgaben für Mindestmengen verbessern die Qualität der Patientenbehandlung. Deshalb sollten Abweichungen von Mindestmengenvorgaben nur im Ausnahmefall gewährt werden.

Fehlversorgung beseitigen

Seitdem die Krankenhausvergütung auf der Grundlage von Fallpauschalen erfolgt, hat sich die Verweildauer der Patienten deutlich reduziert. Das führt aber nicht dazu, dass die freigewordenen Betten abgebaut werden, sondern die Kapazitäten werden in vielen Fällen missbräuchlich für Fallzahlsteigerungen genutzt. Die tatsächliche Bettennutzung wird in der aktuellen Krankenhausplanung nicht berücksichtigt, bemängelt die Arbeitsgemeinschaft.

Ein weiteres Problem sehen die Krankenkassen und ihre Verbände darin, dass der planerische Versorgungsauftrag

eines Krankenhauses nur ungenau definiert wird. Das Leistungsspektrum eines Krankenhauses wird dadurch faktisch kaum eingegrenzt. Folglich weiten Krankenhäuser ihr Leistungsgeschehen vermehrt aus. Die daraus resultierenden medizinischen Eingriffe am Rande der Notwendigkeit gefährden die Gesundheit der Patienten und verursachen zusätzliche Kosten.

Die Arbeitsgemeinschaft fordert deshalb eine Anpassung der bisherigen Planungsgrundsätze an den tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und des technologischen Fortschritts. Wichtig dabei ist, dass die Krankenhausplanung zukünftig prospektiv ausgerichtet wird. Der Fokus sollte nicht mehr auf einer standortbasierten, sondern auf einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung liegen. Nur so kann eine umfassende flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung langfristig sichergestellt werden.

Strukturwandel aktiv vorantreiben

Mit 246 Krankenhäusern pro 10 Millionen Einwohner hat Bayern die höchste

Krankenhausdichte eines Flächenlandes in der Bundesrepublik. Auch bundesweit am größten ist mit 57 Prozent der Anteil der kleinen Krankenhäuser mit weniger als 150 Betten. Die bayerischen Krankenhäuser werden seit Jahren nur zu 77 Prozent ausgelastet. Jede zweite Klinik in Bayern schrieb 2018 rote Zahlen. Eine zukunftssichere Krankenhausstruktur sieht anders aus.

»Mit 246 Krankenhäusern pro 10 Millionen Einwohner hat Bayern die höchste Krankenhausdichte eines Flächenlandes in der Bundesrepublik.«

Deshalb formulieren die Krankenkassen und ihre Verbände eine klare Erwartung an die staatliche Krankenhausplanung: Der Freistaat Bayern muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angebotsstrukturen durch die Konzentration von Leistungen und /oder Fachabteilungen gestrafft werden, Fehlversorgung zurück geht und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung steigen.

Faktoren wie regionale Demographie und Morbidität, räumliche und zeitliche Erreichbarkeit über Landkreisgrenzen hinweg sowie infrastrukturelle Gegebenheiten sollten ausschlaggebend dafür sein, welche Leistungen sinnvollerweise an welchen Krankenhausstandorten angeboten werden. Leistungen der Basis- und Notfallversorgung müssen weiterhin wohnortnah erbracht werden. Leistungen der spezialisierten Medizin sollten dagegen nur noch von Zentren angeboten werden, die nachweislich über eine besondere Behandlungskompetenz verfügen.

Wenn die überflüssigen Kapazitäten ab- oder umgebaut werden, müssen alle gesundheitspolitischen Akteure der Bevölkerung deutlich machen, dass der Konzentrationsprozess keine quantitative



BAYERN



Verschlechterung, sondern eine qualitative Verbesserung der Krankenhausversorgung mit sich bringt.

Die Krankenkassen und ihre Verbände plädieren dafür, die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds zielgerichtet und effizient für echte Projekte zur Strukturbereinigung zu nutzen. Sie sollen für den Abbau oder die Umwandlung von Krankenhausbetten genutzt werden und mithelfen den Konzentrationsprozess von Krankenhausstandorten durch strukturverbessernde Investitionen zu fördern.

Mehr Pflegefachkräfte durch den Abbau von überflüssigen Kapazitäten

Am Arbeitsmarkt für qualifizierte Pflegekräfte fehlt es momentan akut an geeigneten Bewerbern und Bewerberinnen. Auch die jüngsten gesetzgeberischen Maßnahmen zur Förderung der Pflege im Krankenhaus – so zum Beispiel die Festlegung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen oder die Fortsetzung des

Pflegestellenförderprogramms – können nach Auffassung der Krankenkassen und ihrer Verbände nur eine Linderung, aber keine nachhaltige Problemlösung bringen.

Angesichts der ungebremsten Ausgabensteigerungen ist es unverantwortlich, dass immer noch zu viel knappes Personal in ineffiziente Strukturen gesteckt wird. Nur mit Hilfe gezielter Konzentration, klarer Spezialisierung und breiterer Kooperation können die Personalressourcen im Krankenhaus zukünftig effizient eingesetzt werden.

Ambulante und stationäre Versorgung verzahnen

Die Überkapazitäten in bayerischen Krankenhäusern und die drohende Unterversorgung mit Ärzten in ländlichen Gegenden sind zwei Seiten einer Medaille. Sie manifestieren ein akutes Verteilungsproblem. Die ambulante und die stationäre Versorgung werden abgekoppelt voneinander geplant. Darin sehen die

Krankenkassen und ihre Verbände einen Grund für die angespannte personelle Lage in beiden Bereichen. Sie plädieren deshalb für die Schaffung einheitlicher sektorenübergreifender Datengrundlagen und auf diesem Wege für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung.

Bei der Optimierung der bestehenden medizinischen Versorgungsstrukturen kann die Vernetzung der Gesundheitsdienstleister und der Etablierung regionaler Versorgungsnetzwerke Abhilfe bringen. Die Öffnung oder Umwidmung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen kann zur Sicherstellung der wohnortnahen medizinischen Versorgung beitragen.

Ausreichende, nachhaltige und effiziente Investitionsfinanzierung des Staates

Nach Überzeugung der Arbeitsgemeinschaft liegt die Ursache dafür, dass zahlreiche Krankenhäuser rote Zahlen schreiben, in den fehlenden Investitionsmitteln. Die in einem Vergütungssystem nach Fallpauschalen erzielbaren Erlöse reichen regelhaft bei wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern zur Deckung der laufenden Betriebskosten aus. Die ausbleibenden Investitionsmittel zwingen die Krankenhäuser jedoch zu einer Querfinanzierung aus Eigenmitteln und auch in immer größerem Ausmaß aus den Behandlungserlösen, die eigentlich für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind. Es besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung in Leistungsbereichen mit ökonomischem Potential. Die Mengenausweitung wirkt sich wiederum negativ auf die Patientenversorgung aus.

Daher fordert die Arbeitsgemeinschaft die Sicherstellung einer ausreichenden, nachhaltigen und allokativ effizienten Investitionsfinanzierung. Sie muss in adäquater Relation zur Betriebskostenfinanzierung der Kassen stehen. Eine Umstellung der Pauschalförderung auf leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen ist unerlässlich und kurzfristig anzustreben. ■



FOTO: TrudiDesign - stock.adobe.com

ÜBERFLÜSSIGE KRANKENHAUSBETTEN ABBAUEN!

NACH DER EUROPAWAHL

„Gesundheit ist nicht teilbar, es muss überall Solidarität geben“

Christian Zahn ist Präsident der AIM, des internationalen Dachverbands von Krankenversicherern auf Gegenseitigkeit. Er setzt sich für den universellen Zugang zu bezahlbarer Gesundheitsversorgung ein.

Im Mai haben die die Wahlen zum Europäischen Parlament stattgefunden. Auf welche Art und Weise leistet die EU einen Beitrag zur Gesundheitspolitik?

Zunächst einmal bin ich dankbar, dass die Wahlen nicht zu dem prognostizierten Rechtsruck geführt hat. Zwar sind diese Kräfte stark geworden, aber nicht stark genug um die Arbeit des Europäischen Parlamentes entscheidend zu beeinflussen. Denn Europa ist auch für das Gesundheitswesen enorm wichtig. Gesundheit ist nicht teilbar, es muss überall ein solidarisches System geben. Daher haben wir vor der Wahl zusammen mit der Fédération Nationale de la Mutualité Française in einem Manifest zu einem solidarischeren und integrativeren Europa aufgerufen. Das neue Parlament und die neue Kommission müssen dafür sorgen, dass alle Europäer Zugang zu Arzneimitteln zu bezahlbaren Preisen haben – unter Einhaltung von höchsten Qualitätsstandards. Europa ist ein Markt von rund 500 Millionen Menschen, diesen darf man nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen, sondern muss ein soziales Europa schaffen. Wir müssen dabei sehr wohl deutsche Interessen wahrnehmen, aber immer auch nach Kompromissen suchen.

Wie sehen die Herausforderungen aus, die auf die EU in der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren zukommen?

Es sind drei große Herausforderungen: Erstens muss die EU Standards entwickeln, auf deren Grundlage die Menschen mit digitalen Anwendungen sicher kommunizieren können, mit der einheitlichen elektronischen Patientenakte genauso wie mit Gesundheits-Apps. Zum anderen zeigt die

Entwicklung, dass selbst die leistungsfähigsten Länder, wie Deutschland, bei der aktuellen Zunahme hochpreisiger Arzneimittel irgendwann an ihre Grenzen stoßen werden. Deshalb müssen wir Lösungen finden, wie ein gleicher und gerechter Zugang zu solchen Behandlungsformen geschaffen werden kann. Es wird nicht leicht sein, hier voranzukommen. Eine Lösung setzt voraus, dass unsere hohen Standards der Nutzenbewertung und der damit verbundenen Preisbildung durch eine europäische Regelung nicht ausgehöhlt werden.

Als letzten und wichtigsten Punkt muss die EU Wege finden, wie Gesundheitssysteme, die durch die Finanzkrise schwer in Mitleidenschaft gezogen wurden, wieder aufgebaut werden können. Auf Solidarität basierende Systeme, wie die Mutualitäten, haben sich in der Krise als äußerst resistent erwiesen und könnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

Das Thema gute Pflege im Alter bewegt die Menschen sehr. Was sieht das Manifest vor? Wo kann Deutschland von anderen europäischen Ländern lernen?

Alle sind Suchende auf diesem Gebiet, denn überall in Europa altern die Gesellschaften. Es ist zum einen wichtig, die Forschungsförderung, auch zu digitalen Pflegeangeboten, zu intensivieren. Zum anderen muss es darum gehen, häusliche und gemeindebasierte Pflege zu unterstützen, ohne den Zugang zu stationärer Versorgung zu beschränken. Dazu gibt es zum Beispiel in Dänemark und in den Niederlanden Erfahrungen mit interessanten Konzepten wie beispielsweise das niederländische „Buurtzorg“-Modell in der ambulanten Pflege.

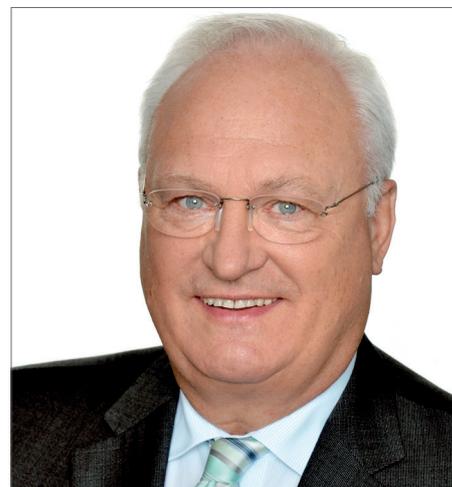


FOTO vdek / Georg J. Lopata

CHRISTIAN ZAHN, seit 2014 Präsident der Association Internationale de la Mutualité (AIM), dem größten Zusammenschluss von Krankenversicherern auf Gegenseitigkeit in Europa. Der vdek ist dort Mitglied.

Auch wenn nicht alles 1:1 auf Deutschland übertragbar ist, sollen positive Aspekte daraus ausprobiert und gefördert werden.

Außerdem gilt es, die Arbeitsbedingungen bei formeller und informeller Pflege durch EU-Recht zu verbessern, gesundheitspolitisch genauso wie rentenrechtlich und unfallrechtlich. Gleichzeitig muss die soziale Langzeitpflege gegenüber marktwirtschaftlichen Lösungen gestärkt werden, um Ungleichheiten beim Zugang zu verhindern. Wenn wir immer mehr abrutschen in rein marktwirtschaftliche Lösungen, dann droht ein Auseinanderklaffen der Lebensqualität im Alter in dramatischem Umfang. Das müssen wir verhindern.

Was wäre Ihr Wunsch: Wo soll Europa in Zukunft stehen?

Das Ziel ist ein gemeinsames Europa unter Respektierung nationaler Unterschiede. Entweder wir werden ein gemeinsames Staatesgebilde – oder wir scheitern. Wir können unseren Wohlstand nur gemeinsam halten. Meine Hoffnung ist die Generation derer, die jetzt jung sind. Ein größerer Teil von ihnen hat viel von Europa gesehen, auf Reisen, beim Studium oder über den Job. Gerade diese Generation hat Europa und die europäische Idee viel besser verinnerlicht als Generationen zuvor. ■

Regional starke Ersatzkassen fordern fairen Wettbewerb

Seit seiner Veröffentlichung wird der Entwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes kontrovers diskutiert. Vor allem die geplante Organisationsreform der regionalen Krankenkassen sorgt für eine sehr emotionale Auseinandersetzung.

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Bundesstaat, eingebettet in das geeinte Europa und mit einer ausgeprägten vertikalen Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen. In einer solchen Struktur sind die Kompetenzen zwischen den föderalen Ebenen in der Regel nach dem Subsidiaritätsprinzip verteilt. Dabei gilt der Vorrang der kleineren Einheit beziehungsweise der Grundsatz, dass nur das auf die nächst höhere Ebene wandert, was auf der unteren Ebene nicht (mehr) sinnvoll bearbeitet werden kann.

Soweit der Grundsatz! Die Wirklichkeit ist deutlich komplexer und von einem unübersichtlichen Geflecht aus sich überschneidenden politischen und finanziellen Zuständigkeiten geprägt. Umso wichtiger ist es, hier eine gute Balance zwischen Bundes- und Landeskompetenzen zu finden und vor allem regionale und örtliche Belange in geeigneter Weise zu berücksichtigen. Das gilt in hohem Maße auch für die Gesundheitsversorgung. Ambulante und stationäre Versorgung spielen sich vor Ort ab. Auch wenn die Finanzmittel bundesweit erhoben und (um-)verteilt werden, gilt im Gesundheitswesen das eherne Prinzip der ortsnahen Versorgung.

Behauptung wider besseren Wissens

In der aktuellen politischen Debatte über das Faire-Kassenwahl-Gesetz wird landauf und landab der Eindruck erweckt, als seien nur die Regionalkassen in der Lage, regionale Versorgung sicherzustellen. Ohne Zweifel eine Behauptung wider besseren Wissens. Denn obwohl die Einnahmen der



FOTO: DOC RABE Media – stock.adobe.com

Krankenkassen bundesweit erhoben, in einen nationalen Gesundheitsfonds verwaltet und nach den Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) umverteilt werden, fließen die Finanzmittel aller Krankenkassen, auch der bundesweit tätigen, in die wohnortnahe Versorgung. Dorthin, wo das Geld der Versicherten zur Aufrechterhaltung der ambulanten und der stationären Versorgung in den Städten, den Gemeinden und im ländlichen Raum gebraucht wird.

Sichergestellt wird das über ein System von regional verhandelten Honorar- und Versorgungsverträgen. Die Arzt-Honorare, die Zahnarzt-Honorare, die zentralen Parameter der Krankenhausfinanzierung, die Pflegesätze, die Ausbildungsfonds etc. werden seit Jahrzehnten wie selbstverständlich regional im Verbund aller gesetzlichen Krankenkassen verhandelt und auf die Besonderheiten der regionalen Versorgung zugeschnitten. In all diesen Leistungsbereichen tragen die Ersatzkassen je nach Bundesland zwischen 30 und 50 Prozent

der Finanzmittel bei. Marktanteilsbedingt zum Teil deutlich mehr als AOKen.

Hinzu kommt ein breites Geflecht von Selektivverträgen, mit dem die Ersatzkassen das Versorgungsangebot für ihre Versicherten ergänzen. Allen voran Verträge zur integrierten Versorgung, darüber hinaus Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung oder Vereinbarungen im Rahmen des Innovationsfonds. In Bayern haben die Ersatzkassen in den zurückliegenden allein 220 solcher besonderen Versorgungsverträge abgeschlossen.

Gewaltiger Beitrag der bundesweiten Krankenkassen für die regionale Versorgung

Das heißt, wer allein die AOK Bayern zum Garanten der regionalen Versorgung erklärt, verzerrt die Wirklichkeit und ignoriert den gewaltigen Beitrag der bundesweit aufgestellten Krankenkassen für die regionale Versorgung. Fest steht: Ohne die Ersatzkassen und die Beitragsgelder der

Ersatzkassenversicherten wäre die hochwertige, wohnortnahe Versorgung im Freistaat Bayern längst zusammengebrochen.

Umso wichtiger ist es, dass die Wettbewerbsnachteile der Ersatzkassen im Verhältnis zu den AOKen schnellstmöglich beseitigt werden. Der Entwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes enthält hierzu wichtige Ansatzpunkte und es ist höchste Zeit, diese Reformschritte auch aktiv umzusetzen. Zum einen, was die Nachjustierung des Morbi-RSA betrifft und zum anderen, was die bundesweite Öffnung der Regionalkassen angeht. Im Rahmen der Morbi-RSA-Reform plädieren die Ersatzkassen mit Vehemenz für die Einführung einer Regionalkomponente. Regionale Disparitäten in der Versorgungsdichte und im Versorgungsangebot müssen dringend im Rahmen des internen Verteilmechanismus innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeglichen werden. Nur so können die Ersatzkassen auch in Zukunft ihrer regionalen Versorgungsverantwortung gerecht werden.

Für eine faire Wettbewerbsordnung

Was das Thema Öffnung der Regionalkassen betrifft, geht es ebenfalls unmittelbar um faire Wettbewerbsbedingungen. Die Ersatzkassen leiden seit Jahren unter der unterschiedlichen Aufsichtspraxis von Bundesversicherungsamt und Landesaufsichten. Hier ist dringend Abhilfe notwendig. Und nochmals: Eine Öffnung der AOKen würde keinerlei nennenswerte Einbußen bezüglich der regionalen Versorgung nach sich ziehen. Wie am Beispiel der Ersatzkassen seit Jahrzehnten belegt, bedeutet bundesweite Aufstellung eben keineswegs Vernachlässigung der Regionalität. Wer den Versicherten einen freien und fairen Zugang zu allen Krankenkassen gewährt, schafft nicht nur größere Wahlfreiheit, sondern vollendet das, was mit dem historischen Lahnstein-Kompromiss Anfang der 90er Jahre begann, nämlich den Aufbau einer fairen Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. ■

GKV-FÖRDERUNG

Mehr als 10,3 Millionen Euro für Selbsthilfe in Bayern

Die Selbsthilfe ist eine bedeutende Stütze für chronisch Kranke und ihre Angehörigen. Durch gegenseitige Hilfe meistern die Betroffenen die Folgen ihrer Erkrankungen, sprechen sich gegenseitig Mut und Kraft im alltäglichen Leben zu. Daher ist es ein großes Anliegen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände, dieses Engagement weiterhin zu stärken und finanziell zu unterstützen. In den zurückliegenden Jahren ist die Selbsthilfe zu einem unentbehrlichen Teil der medizinischen Versorgung im Lande geworden.

Die Selbsthilfeförderung in Bayern ist für dieses Jahr erfolgreich abgeschlossen. Zum ersten Mal fördern die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände die Selbsthilfe mit mehr als 10,3 Millionen Euro. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Gesamtförderung um mehr als 10 Prozent.

5,7 Millionen Euro – mehr als die Hälfte der Fördergelder – erhalten nach vorläufigen Ergebnissen die Selbsthilfegruppen (2018: 5,3 Millionen Euro). Die Summe enthält die direkte Förderung der Selbsthilfegruppen (pauschal und projektbezogen) sowie die indirekte Förderung der 13 Runden Tische in Bayern, die die Förderung der Selbsthilfegruppen unbürokratisch organisieren und abwickeln. Der Zuwachs der Förderung der Selbsthilfegruppen beträgt 6,8 Prozent gegenüber 2018. Gefördert werden bayernweit insgesamt 2.310 Selbsthilfegruppen. Rein rechnerisch wird eine Selbsthilfegruppe in Bayern mit 2.150 Euro durchschnittlich gefördert. Diese Summe ist um neun Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen und ist bundesweit am höchsten.

Gestiegen ist auch die Förderung der Selbsthilfeorganisationen, die die angeschlossenen Selbsthilfegruppen beraten und vernetzen. 57 Selbsthilfeorganisationen im Freistaat erhalten insgesamt 1,8 Millionen Euro, 24 Prozent mehr als im Vorjahr (2018: 1,4 Millionen

Euro). Während die pauschale Förderung der Selbsthilfeorganisationen geringfügig das Vorjahresniveau überstieg, nahm die Projektförderung erfreulicherweise um mehr als 48 Prozent zu. Auch diese Förderung kommt indirekt den Selbsthilfegruppen zugute.

Die wichtige Arbeit der 34 Selbsthilfekontaktstellen in Bayern wird in diesem Jahr mit knapp 2,8 Millionen Euro



FOTO: vdek/Florian Wagner

unterstützt. Das sind 10 Prozent mehr als im Vorjahr (2018: 2,5 Millionen Euro). Die Selbsthilfekontaktstellen helfen den Selbsthilfegruppen bei der Gründung und in ihrer täglichen Arbeit. Sie vertreten die Interessen der Selbsthilfe in der Öffentlichkeit und im politischen Bereich sowie fördern die Kooperation der Selbsthilfe mit Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken. ■

BÜCHER

Wettbewerb in der GKV

Im Gutachten arbeitet die Monopolkommission die wichtigsten Wettbewerbsdefizite im gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssystem heraus und formuliert Empfehlungen. Im Bereich der GKV betreffen diese insbesondere die Stärkung des Selektivvertragswettbewerbs, die effizientere Gestaltung des Risikostrukturausgleichs und die Aufsicht über die Kassen. In der PKV werden die Steigerung des Bestandskundenwechsels, die Öffnung der GOÄ und bei Unternehmenszusammenschlüssen thematisiert.



Monopolkommission (Hg.)
Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem
2017, IX, 171 S., € 46
Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden

Lage der stationären Versorgung

Experten aus Wissenschaft, Politik, und Gesundheitswesen skizzieren die aktuelle Lage der stationären Versorgung in Deutschland sowie Trends und Anforderungen an eine zukünftige Krankenhauslandschaft im Jahr 2030. Neben neuen Handlungsfeldern wie dem digitalen Krankenhaus, der Qualität als Wettbewerbsfaktor und der Kultursensibilität diskutieren Experten über Themen wie Krankenhausstruktur und -planung, Investitionsstau, Mengendruck, das DRG-System, MDK-Prüfungen und Versorgungsmodelle der Zukunft.



Janssen und Augurzky (Hg.)
Krankenhauslandschaft in Deutschland – Zukunftsperspektiven, Entwicklungstendenzen, Handlungsstrategien
2018, 296 S., € 49
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

AMBULANTE HOSPIZDIENSTE

Ersatzkassen erhöhen Förderung auf 4,78 Millionen Euro



FOTO: Africa Studio - stock.adobe.com

Schwerstkranken und sterbende Menschen wünschen sich, die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen zu können. Diesen Wunsch ermöglicht in vielen Fällen der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern, die sich in den ambulanten Hospizdiensten engagieren. Die Sterbebegleiter unterstützen mit ihrem psychosozialen Beistand die Betroffenen und ihre Angehörigen in einer sehr schwierigen Situation. In Bayern gibt es mittlerweile 114 ambulante Hospizdienste mit insgesamt rund 6.185 ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfern.

Die Gesetzliche Krankenversicherung fördern sie mit den Zuschüssen, die für Aus- und Weiterbildung des Personals und für die Sachkosten wie Mieten, Versicherungen und Fahrkosten verwendet werden. Diese Förderung steigt von Jahr zu Jahr. Allein die Ersatzkassen in Bayern unterstützen die ambulanten Hospizdienste mit 4,78 Millionen Euro in diesem Jahr, das sind 747 Tausend Euro mehr als 2018. Ein Plus von 18,5 Prozent.

Das Engagement von ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und -helfer ist ein Ausdruck der Humanität, der die höchste Wertschätzung der Ersatzkassen verdient. Sie sehen daher ihre Verpflichtung darin, die von diesen Menschen erbrachten Leistungen anzuerkennen und zu unterstützen.

FOTOAUSSTELLUNG SELBSTHILFE

Dauerleihgabe für die Stadt Würzburg



FOTO: Christoph Weiß

NACH DER ÜBERGABE DER BILDER: Theresa Keidel, SeKo Bayern, Dr. Hülya Düber Sozialreferentin der Stadt Würzburg, Dr. Sergej Saizew, vdek, und Christian Holzinger, Aktivbüro (v. l. n. r.).

Die Wanderfotoausstellung des Verbandes der Ersatzkassen „DAS KANN SELBSTHILFE!“ war ein großer Erfolg auf der Landesgartenschau in Würzburg im letzten Sommer. Die besonders ausdrucksstarken Bilder werden als Dauerleihgabe in den öffentlichen Räumlichkeiten des Sozialreferats der Stadt Würzburg ausgestellt.

Die Stadt Würzburg kann mit Fug und Recht als Hauptstadt und Hochburg der Selbsthilfe in Bayern bezeichnet werden. Hier residieren die Selbsthilfekoordination Bayern und der Verein der Selbsthilfekontaktstellen. Über den im Aktivbüro der Stadt Würzburg angesiedelten Runden Tisch Unterfranken werden fast 360 Selbsthilfegruppen von den Krankenkassen gefördert. Das ist gut ein Sechstel aller bayerischen Selbsthilfegruppen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a, 80634 München
www.vdek.com

Telefon 0 89 / 55 25 51-0

E-Mail LV-Bayern@vdek.com

Redaktion Dr. Sergej Saizew

Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-4045