

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **GKV-FINANZIERUNG** Beitragssatzautonomie fast erreicht | **KRANKENHAUSPLANUNG** Viel Bewegung in Bremerhaven und Bremen | **INTERVIEW** zur Hebammensituation | **PFLERGE** Neue Richtlinie

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2014

ZUKUNFTSPREIS

Was ist eigentlich gesund?

GRAFIK vdek



Bereits zum fünften Mal loben die Ersatzkassen einen vdek-Zukunftspreis aus. Unter dem Motto „Was ist eigentlich gesund? – Projekte zur Gesundheitsbildung von Kindern und Jugendlichen“ werden innovative Projekte und Best Practice-Beispiele zur Gesundheitsförderung und Prävention aus Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen sowie dem Bereich medizinische Versorgung gesucht. Der vdek-Zukunftspreis 2014 stellt folgende Fragen in den Vordergrund: Wie können Kinder und Jugendliche frühzeitig für Bewegung und eine gesunde Ernährung motiviert werden? Welche innovativen Ideen gibt es, Kindern und Jugendlichen Freude an einem gesunden Lebensstil zu vermitteln? Wie kann Gesundheitsförderung in die Versorgung von Erkrankungen eingebunden werden? Das gesamte Preisgeld beträgt 20.000 Euro. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 5. Mai 2014.

SCHNITTSTELLENVERSORGUNG

Neues Gremium soll beraten

Ein Forum zum Thema Schnittstellenproblematiken soll zukünftig Empfehlungen zur Versorgungsverbesserung geben. Die Ersatzkassen sehen diesen Vorstoß der Länder kritisch und fordern eine klare Abgrenzung zu den Aufgaben der bestehenden Planungsgremien.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde den Ländern ermöglicht, ein Gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und weiteren Beteiligten zu bilden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber diesem Gremium die Möglichkeit gegeben, zur Aufstellung und Anpassung von Bedarfsplänen in der ärztlichen Versorgung Stellung zu nehmen. Genau definiert sind die Aufgaben im Paragraphen 90a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Das Anliegen, das mit dem neuen Gremium verfolgt werden soll, ist es, mögliche Qualitätsverluste beim Übergang zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten zu erkennen und bei deren Vermeidung zu helfen. Dazu sollen Vertreter des Landes, der Ärzte, der Krankenhäuser und der Kassen Empfehlungen ausarbeiten.

Das Land Bremen hat inzwischen den Entwurf eines entsprechenden Landesgesetzes zur Errichtung des Gremiums

vorgelegt, zu dem auch die Ersatzkassen Stellung bezogen haben.

Kritische Betrachtung

Bereits jetzt arbeiten die an dem gemeinsamen Landesgremium zu beteiligenden Institutionen eng zusammen. Ein Kommunikations- oder Beteiligungsdefizit ist für Bremen nicht feststellbar. Daher sollten zusätzliche Bürokratie und unnötige Doppelstrukturen grundsätzlich vermieden werden.

Ein beratendes Gremium, in dem alle Beteiligten sich explizit mit Schnittstellen und übergreifenden Problematiken in der Versorgung beschäftigen, kann nur sinnvoll sein und überzeugend arbeiten, wenn bestimmte Bedingungen gegeben sind:

Bei der Umsetzung des Landesgesetzes muss sichergestellt sein, dass sich dieses Gremium nicht als Planungsgremium versteht. Hier hat es in den einzelnen Ländern im Vorfeld immer wieder Diskussionen gegeben, da die Landesbehörden vorzugsweise ein Aufgabenspektrum ansetzen würden, das sich bis in die Versorgungsplanung des Landes durchsetzt. Hierfür gibt es allerdings gesetzlich



(Sektoren-)übergreifend gedacht

FOTO vdek



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Auch in Bremen soll ein Landesgremium zur sektorenübergreifenden Versorgung entstehen. Das entsprechende Landesgesetz zur Errichtung ist in Arbeit.

Das Aufgabenfeld dieser neuen Institution ist versorgungsübergreifend angelegt, da aus den Ländern oft der Wunsch geäußert wurde, die Schnittstellen der Versorgung besonders zu beachten.

Die Länder erhoffen sich hier mehr Mitwirkungsmöglichkeiten. Allerdings liegen die Zuständigkeiten für Planung und Versorgung an anderer Stelle und sind gesetzlich verankert. Entsprechend haben die Ersatzkassen gegenüber dem Senator für Gesundheit klar gemacht, dass dieses Gremium nur Empfehlungen erarbeiten kann, die einstimmig zu verabschieden sind, um akzeptiert und umgesetzt zu werden.

In Bremen arbeiten die Beteiligten traditionell eng zusammen. Welche sinnvollen Ergänzungen zur gemeinsamen Planung und Sicherstellung dieses Gremium zur Versorgung beisteuern könnte, muss es erst beweisen.

Vielleicht sollte man das Landesgremium am besten als „Think Tank“ oder als Beirat für die Gremien der Versorgungsplanung und –Sicherstellung verstehen. Ein übergreifendes Planungsgremium, das die Grenzen der Versorgungsbereiche nicht beachtet, kann und darf es nicht werden.



fest verankerte Gremien, die diese Aufgaben durchführen: Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung, und die Versorgungsaufträge im stationären Bereich liegen bei den einzelnen Krankenhäusern. Es gibt einen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und einen Krankenhausplanungsausschuss. Bei der Sicherstellung und Planung der Versorgung besteht also kein Bedarf für ein weiteres Gremium.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass alle Beteiligten sich über Diskussionsergebnisse einig sind. Die Umsetzung von Empfehlungen des Gremiums kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten diese als sinnvoll und umsetzbar beurteilen. Sollten beispielsweise die Ärzte die Realisation einer Empfehlung maßgeblich mittragen müssen, würde es keinen Sinn machen, gegen die Stimme der Kassenärztlichen Vereinigung einen Beschluss zu fassen. Es entspricht prinzipiell nicht den Grundsätzen der gemeinsamen Selbstverwaltung, die die gesamte Versorgung sicherstellt, wenn Mehrheitsbeschlüsse über wichtige Fragen entscheiden.

Zudem ist zu klären, wie mit den Kosten umzugehen ist, die durch Empfehlungen des gemeinsamen Gremiums entstehen. Es sollte sichergestellt sein, dass Maßnahmen kostenneutral durchführbar

sind, oder dass eine Finanzierung gesichert ist. Für das Land Bremen besteht in vielen Feldern keine finanzielle Verantwortung. Dies gilt zwar nicht für die Investitionsförderung der Krankenhäuser. Der chronischen Unterfinanzierung der Bau- und Anschaffungsinvestitionen im stationären Bereich wird jedoch auch das neue Gremium nicht abhelfen können. Für die anderen Beteiligten besteht jedoch die volle finanzielle Verantwortung und Verpflichtung aus dem SGB V.

Wichtig ist auch, dass das Gremium vorbehaltlos die Beschlüsse der für die Planung und Sicherstellung verantwortlichen Gremien und Institutionen anerkennt. Grundlage aller Diskussionen muss sein, dass das gemeinsame Landesgremium eine beratende und empfehlende Funktion hat, ohne dass es Beschlüsse anderer Gremien aufheben oder die entsprechenden Stellen direkt zur Aufhebung aufordern könnte.

Das neue Gremium kann also nicht die Stelle sein, an der wünschenswerte Projekte, Maßnahmen und Strukturveränderungen gefordert werden, die von den anderen Beteiligten zu finanzieren sind, oder über die bereits in anderen Gremien entschieden wurde. Wenn es allerdings überzeugende Lösungen für Versorgungsprobleme findet, kann es eine sinnvolle Ergänzung sein. ■



FOTO Kayrus - Fotolia.com

Neue Finanzarchitektur soll Fehlentwicklungen korrigieren

„Weg mit den staatlich festgelegten GKV-Beiträgen und der Kopfpauschale“, lautete eine Forderung des vdek im Wahlkampf. Jetzt wird die neue Regierung einiges davon umsetzen, doch ganz zufrieden sind die Ersatzkassen nicht.

Noch in der ersten Jahreshälfte will Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ein Gesetz verabschieden lassen, das die Beitragsautonomie der Krankenkassen zumindest teilweise wiedereinführt. Damit würden die ungeliebten pauschalen Zusatzbeiträge abgelöst. Stattdessen soll ein paritätisch finanzierter Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent kommen, ergänzt um einen prozentualen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz. Falls eine Deckungslücke bei einzelnen Kassen entsteht, könnte dieser erhoben und auch unterjährig angepasst werden. Außerdem wird somit der aufwändige Sozialausgleich durch einen vollständigen Einkommensausgleich ersetzt.

Fehlentwicklungen korrigieren

Mit dieser neuen Finanzarchitektur sollen Fehlentwicklungen im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander korrigiert werden. Durch die staatliche Einmischung in die Beitragsautonomie

»Steigende Gesundheitskosten nicht allein auf Versicherte abschieben.«

Christian Zahn, vdek

2007 konnten die Kassen nicht auf die gesamtwirtschaftlich gute Situation reagieren. Stattdessen legten sie durch die politisch zu hoch festgelegten Beiträge ein Finanz-

polster an, das Begehrlichkeiten der Politik weckte. Auf der anderen Seite waren einige Kassen gezwungen, einen Zusatzbeitrag zu nehmen, was zu einer größeren Versichertenwanderung führte. Die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner begrüßt daher einen weiteren Effekt dieser Neuordnung: „Die Solidarität in der GKV wird gestärkt, denn jedes Mitglied zahlt Beiträge entsprechend seiner finanziellen Leistungsfähigkeit.“

Außerdem wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in den Bereichen Krankengeld und Auslandsversicherte weiterentwickelt. In der Vergangenheit erhielten die Ersatzkassen im Verhältnis zu anderen Kassenarten weniger Finanzmittel aus dem Fonds. Diese Fehlentwicklung muss korrigiert werden, fordert Elsner.



PHOTO: Techniker Krankenkasse

Das neue GKV-Finanzierungs- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz kann schon ab 1. Januar 2015 in Kraft treten. Diese Eile ist dringend nötig, denn ab nächstem Jahr könnte sich die Finanzsituation für einige Krankenkassen wieder deutlich anspannen, warnen Experten. Durch die von der Regierung geplanten Kürzung der Steuerzuschüsse um sechs Milliarden Euro in 2014 und 2015 werden die Kassen verstärkt unter Druck geraten. Ulrike Elsner betont: „Diese Steuermittel benötigen die Kassen, um unter anderem die Familienleistungen wie kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes zu finanzieren.“ Wird der Bundeszuschuss gekürzt, müssen die Kassen die Kosten an die Beitragszahler über den prozentualen Zusatzbeitragssatz weitergeben.

Anpassungsmechanismus ist nötig

Zwar ist das Ziel der Ersatzkassen der vollständigen Beitragsautonomie nicht erreicht worden, aber immerhin können sie nun wieder über die Zusatzbeiträge bestimmen. Kritik äußert der vdek jedoch an der Festsetzung des Arbeitgeberanteils auf dem heutigen Niveau von 7,3 Prozent. Damit sind künftige Ausgabensteigerungen allein von den Arbeitnehmern zu tragen. Ulrike Elsner fordert daher Anpassungsmechanismen für den allgemeinen Beitragssatz. Auch der vdek-Vorsitzende Christian Zahn mahnt: „Auf Dauer dürfen steigende Gesundheitskosten nicht allein auf die Versicherten abgeschoben werden.“ ■

Paukenschlag in der Seestadt

Die Bremerhavener Krankenhauslandschaft ist in Aufruhr: Mit dem möglichen Verkauf der DRK-Kliniken sind alle Überlegungen zur Strukturreform hinfällig. Nun werden ein Käufer und neue Lösungen dringend gesucht.

Mehr als 15 Jahre wurde das Thema Krankenhausreform in Bremerhaven bewegt, mit viel Hin und Her und zwischenzeitlichem Stillstand. Schließlich hatte man sich in einem Letter of Intent geeinigt, welche Stationen ver- und zusammengelegt werden könnten. Doch in den vergangenen Monaten und Wochen haben sich die Ereignisse überschlagen: Erst im vergangenen Jahr hatten die DRK-Kliniken das St. Joseph-Hospital übernommen statt wie zunächst angekündigt zu fusionieren. Damit war aus Sicht des kommunalen Klinikums Reinkenheide die Einigung hinfällig geworden, die Reform steckte erneut fest. Die Seestadt-Politik nahm Gesprächsangebote des vdek dankend an, um Zukunftspläne zu entwerfen. Doch nicht einmal zwölf Monate später kündigte der Träger der DRK-Kliniken im Januar überraschend an, die Standorte in Bremerhaven verkaufen zu müssen. Auch die DRK-Klinik im benachbarten Debstedt stehe zum Verkauf. Damit wolle die DRK-Stiftung einer drohenden Insolvenz zuvor kommen. Ein Defizit von 4,4 Millionen Euro sei im vergangenen Jahr aufgelaufen, die Ursachen lägen in steigenden Kosten und geringeren Erlösen, so die Stiftung.

Pläne zunichte gemacht

Mit diesem Paukenschlag sind Überlegungen der Seestadt-Politik über eine bessere Zusammenarbeit und Verlegung von Stationen zunächst zunichte gemacht worden. Nun muss es erst einmal darum gehen, einen Investor zu finden für die beiden Klinikstandorte. Es heißt, es gibt mehrere Interessenten, aber wer und zu welchen Bedingungen die Kliniken übernehmen



FOTO: VLCSPI – Fotolia.com

wird, steht noch nicht fest. Senat und Kommune haben bereits abgelehnt – ein Kauf wäre zu teuer.

Aus Sicht des vdek sind zwei verschiedene Szenarien denkbar: Szenario 1 wäre, es findet sich ein Investor, der die DRK-Kliniken kauft und bei dieser Gelegenheit neue Strukturen in Bremerhaven schafft. Dass ein Standort dann geschlossen wird, gilt dabei als so gut wie sicher. Die Krankenkassen als Kostenträger haben allerdings nur geringen Einfluss auf die Umstrukturierung. Allenfalls kann über den Landeskrankenhausplan auf die Interessen der Versicherten geachtet werden. Bei Szenario 2 findet sich kein Käufer, dann müssten die DRK-Kliniken ihre Versorgungsaufträge im August an den Senator für Gesundheit zurückgeben. In der Folge wäre das Gesundheitsressort gefordert, die Versorgungsstrukturen in Bremerhaven komplett neu zu definieren.

Das könnte darauf hinauslaufen, alle stationären Abteilungen der noch drei

Standorte der Seestadt im Klinikum Reinkenheide zu vereinigen, während die ambulanten Angebote im Krankenhaus am Bürgerpark oder St. Joseph-Hospital angesiedelt würden. Einer der beiden kleineren Standorte müsste geschlossen werden.

Angst vor „Heuschrecken“

In diese Richtung mag derzeit keiner laut zu denken. Es herrscht Angst vor möglichen „Heuschrecken“ und Entrüstung wegen der kurzfristigen Kursänderung der DRK-Stiftung. In der Seestadt ist jedoch ein Arbeitskreis geplant, der sich mit den künftigen Anforderungen im Falle einer Neuaufstellung der Krankenhauslandschaft beschäftigen wird. Ergebnisse sind noch nicht bekannt, obwohl die Zeit drängt. Im Laufe der nächsten Wochen müssen Entscheidungen getroffen werden. Klar ist: Es muss mehr miteinander geredet werden, als in der Vergangenheit geschehen. ■

PFLEGE IM KRANKENHAUS

Pro Ausbildung



FOTO: KKH

Die Ausbildung an Bremer Krankenhäusern wird auch in diesem Jahr von den Krankenkassen abgesichert: Sie zahlen pro Krankenhausfall einen Aufschlag in einen Fonds, mit dem die Ausbildung an den 13 Krankenhäusern im Land Bremen unterstützt wird. In diesem Jahr werden 17 Millionen Euro im Ausbildungsfonds bereitgestellt, davon werden derzeit 808 Frauen und Männer als Gesundheits-, Kranken-, Kinderkrankenpfleger und Krankenhelfer ausgebildet. Die Vereinbarung gilt bereits seit mehr als sieben Jahren. Damit wollen die Kassen dem Fachkräftemangel im pflegerischen Bereich entgegenwirken.

BUNDESPOLITIK

Krankenhausreform überfällig

Die Ersatzkassen begrüßen die Absicht der Bundesregierung, den Krankenhausbereich zu reformieren und dabei Qualität als eigenständiges Planungskriterium zu etablieren. Hier fehlen bisher grundsätzliche Vorgaben, auf die sich Bund und Länder einigen müssten. Dazu gehören bundesweite Kriterien zur Entfernung und Erreichbarkeit von Kliniken, sowie zu Qualitätsstandards der Versorgung. Überkapazitäten und schlechte Qualität der Versorgung wären so vermeidbar.

GESUNDHEIT NORD

Verschieben von Abteilungen unter einem Dach

Einheitsgesellschaft mit vier Standorten – so lautet der Beschluss des Bremer Senats zur künftigen Struktur der Gesundheit Nord (GeNo). Danach sollen die kommunalen Krankenhäuser zu einer Gesellschaft fusionieren.

Damit einhergehend soll die gesamte innere Struktur neu überdacht werden: Wo macht die Zentralisierung so genannter bettenferner Aufgabe (z.B. Catering, Controlling, Bettenmanagement) Sinn und wo nicht? Welche Abteilungen können zusammengefasst werden, muss jeder Standort alles anbieten? Senator Hermann Schulte-Sasse erhofft sich von der Einheitsgesellschaft eine bessere Steuerbarkeit und Ausnutzung von Synergie-Effekten. Dass dies dringend nötig ist bei einem drohenden Defizit von 136 Millionen Euro bis 2017, ist deutlich (siehe auch Artikel im ersatzkasse report, Dezember 2013). Doch wie genau das geschafft werden soll, ist nach wie vor unklar.

Ende März wurde dem Aufsichtsrat ein Gutachten einer Münchener Beratungsfirma vorgelegt, das Vorschläge für eine Medizin-Strategie macht. Danach könnte die Neurologie vom Klinikum Bremen-Ost (KBO) zum Klinikum Bremen-Mitte (KBM) verlegt werden, da dort bereits ein Schwerpunkt für Schlaganfall-Behandlung ist. Die neurologische Rehabilitation soll am KBO bleiben, weil hier mit der Geriatrie entsprechende Fachleute arbeiten. Die zwei Kinderkliniken am Klinikum Links der Weser (LdW) und KBM sollen am KBM konzentriert werden. Die Geburtshilfe am KBM bleibt endgültig geschlossen und geht stattdessen mit Neonatologie und Kinderkardiologie ans LdW. Gefäßchirurgie und Dermatologie könnten ans KBO. Am Standort Klinikum Bremen-Nord (KBN) soll die Geriatrie

ausgebaut und eine orthopädische Station neu aufgebaut werden.

Kassen direkter einbinden

Der Aufsichtsrat ist im Wesentlichen dem Gutachten gefolgt. Viele Alternativen gibt es auch nicht. Immerhin schreiben alle kommunalen Kliniken bis auf das LdW rote Zahlen. Doch eine neue Rechtsform wird nicht automatisch die alten Probleme lösen: In einem Gutachten hatte der Rechnungshof der Stadt Bremen festgestellt, dass die Personal- und Sachkosten in der GeNo erstaunlich hoch sind. Und die werden aus Sicht des vdek nur bedingt durch Zentralisierung gesenkt. Auch fehlen konkrete Zahlen zur künftigen medizinischen Strategie der GeNo.

Nicht nur die Arbeitnehmer befürchten, dass bei Entscheidungen am grünen Tisch über ihre Köpfe hinweg geplant wird. Auch die Krankenkassen als Kostenträger fordern, ein entscheidendes Wort mitzureden: Immerhin gibt es in Bremen eine standortbezogene Krankenhausplanung. Eine Verlegung von Fachabteilungen von einem Stadtteil zum anderen unter dem Dach einer Einheitsgesellschaft muss beantragt und von den Kostenträgern genehmigt sein. Daher fordert der vdek zusammen mit den anderen Krankenkassenverbänden im Land Bremen, direkter und schneller eingebunden zu sein in die Entscheidungsprozesse. Nur so kann eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten auch aus Kassensicht sichergestellt werden. ■

„Das wäre der Zusammenbruch der ambulanten Versorgung“

Die Hebammen gehen derzeit auf die Straße: Ihre Haftpflichtprämien werden bis 2015 so hoch steigen, dass etliche ihren Beruf aufgeben müssen, so Heike Schiffling vom Hebammen-Landesverbandes Bremen.

vdek Die Haftpflichtprämien sind in der Vergangenheit immer weiter angestiegen, die Krankenkassen haben sich aber bereit erklärt, die Erhöhung zu hundert Prozent zu übernehmen. Warum ist die Situation dennoch jetzt so akut?

Heike Schiffling Wir haben zwei Probleme. Das eine sind die jährlich steigenden Haftpflichtprämien. Dieses Jahr steigen die Kosten um weitere 1000 Euro für geburtshilflich tätige Hebammen. Der Ausgleich, den die Krankenkassen dafür seit 2012 zahlen, wird auf eine durchschnittliche Geburten- und Hausbesuchszahl umgelegt. Damit erhalten genau die Hebammen, deren Existenz zurzeit bedroht ist, weil sie in Gegenden arbeiten, in denen nicht so viele Geburten anfallen, bei weitem nicht den vollen Ausgleich. Außerdem betraf der Ausgleich nicht die Verzehnfachung der Kosten bis 2012. Unser zweites Problem ist, dass wir ab dem 1. Juli 2014 keine Haftpflichtversicherung mehr finden, nachdem sich die Nürnberger-Versicherung aus dem letzten Versicherungskonsortium zurückzieht.

Ohne Haftpflichtversicherung darf aber keine freiberufliche Hebamme mehr arbeiten. Das wäre der Zusammenbruch der gesamten ambulanten Hebammenversorgung.

vdek: Ihr Bundesverband hatte bereits ein Krisengespräch mit dem neuen Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), und auch in Bremen haben Sie Gesundheits-senator Schulte-Sasse in einem Brief aufgefordert zu handeln. Was versprechen Sie sich von der Politik?

H.S. In dieser Situation brauchen wir gesetzgeberische Maßnahmen, z.B. eine



HEIKE SCHIFFLING, 1. Vorsitzende Hebammen-Landesverband Bremen

festgelegte Haftungsobergrenze von etwa 2 bis 3 Millionen Euro für Personenschäden. Bis zu dieser Höhe halten Hebammen weiterhin eine Haftpflichtversicherung vor. Bei Schäden darüber hinaus würde die Differenz von einem Haftungsfond beglichen werden. Das würde es für die Versicherungen wieder kalkulierbarer machen und für uns wären die Prämien zu erwirtschaften.

vdek Die Hebammen hatten bereits Gelegenheit, vor einem Jahr mit der Bundeskanzlerin über ihre Probleme zu sprechen. Politik handelt mitunter sehr langsam. Was passiert, wenn nicht schnell reagiert wird?

H.S. Sollten wir keinen Versicherer mehr finden, darf ab Sommer 2015 keine freiberufliche Hebamme mehr arbeiten. Spätestens bis zum Herbst diesen Jahres brauchen wir politische Umsetzungen, die greifen, denn dann melden sich bei uns die Schwangeren an, die im Sommer 2015 ihr Kind erwarten, und die brauchen Gewissheit. ■

Keine teure Schlichtungsstelle für Bremen

Bisher gehen Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und abrechnenden Krankenhäusern an die Sozialgerichte. Da diese jedoch chronisch überlastet sind, hat der Gesetzgeber mit der Änderung einer Vorschrift im Krankenhausgesetz (KHG) festgelegt, dass bei Fällen bis zu 2.000 Euro zunächst ein Schlichtungsausschuss angerufen werden muss. Dieser soll nun in allen Bundesländern eingerichtet werden.

Die Bestimmung im Paragraph 17c KHG ist jedoch ohne klare Vorgaben, sodass aufwändige Verhandlungen geführt werden müssten. Fest steht, dass viel Personal nötig wäre. Selbst wenn nur zehn Prozent der möglichen Bremer Fälle verhandelt würden, wären das etwa 800 Fälle im Jahr für zwei hauptberufliche Vorsitzende und etwa zehn Fachleute. Zusammen mit der Ausstattung einer Geschäftsstelle wäre der Aufwand über 1 Million Euro.

„Die Einrichtung mag die Sozialgerichte in erster Instanz entlasten. Nach der Schlichtung ist die Möglichkeit der Klage allerdings weiterhin offen“, erklärt Peter Bahlo, Referatsleiter „Stationäre Einrichtungen“ beim vdek Bremen. Zudem sei zu erwarten, dass mehr Fälle vor den Schlichtungsausschuss gebracht werden als bisher vor die Sozialgerichte, da hier keine Kosten für die Streitparteien entstehen. Es würde somit lediglich ein hoher bürokratischer Aufwand ohne einen Mehrwert für die Versicherten betreiben, nur um die Sozialgerichte später doch mit dem Streitfall zu beschäftigen.

Die Krankenkassen in Bremen und die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. haben die Politik daher gemeinsam aufgefordert, diese gesetzliche Regelung und damit den Aufbau weiterer Bürokratie im Gesundheitswesen zu verhindern.

Verbesserte Aussagekraft der Prüfberichte im Internet

Einmal im Jahr werden alle Pflegeeinrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen auf Qualität geprüft und benotet. Für die Einordnung gibt es mit der Aktualisierung der Prüfkriterien nun eine neue Grundlage.



FOTO: Techniker Krankenkasse

Schon bei Einführung der Pflegenoten haben die Krankenkassen darauf hingewiesen, dass die Aussagekraft der Noten verbesserungsfähig ist. Dadurch, dass Kernkriterien der Pflege wie die Vermeidung des Wundliegens oder die Versorgung von Schmerzpatienten die gleiche Wertigkeit hatten wie beispielsweise die Ausrichtung des Weihnachtsfestes, gab die Note nicht das Ergebnis für die Kernbereiche der Pflege wieder. Bis auf wenige Ausnahmen waren auch die Organisationen der Pflegeanbieter dieser Auffassung.

Seit dem 1. Februar 2014 sind überarbeitete Richtlinien gültig, nach denen der Medizinische Dienst die Einrichtungen prüft. Mit dieser Aktualisierung haben sich die benoteten Prüfbereiche verändert. Durch den Wegfall von Kriterien wie „Ausrichtung jahreszeitlicher Feste“ ist der Fokus jetzt stärker auf die Kernkriterien der Pflege gerichtet. Ein strengeres Rechenschema soll die Noten zudem besser differenzieren. Der „Puffer“ innerhalb einer Note wurde verkleinert, damit das bisherige Phänomen,

nach dem die meisten Einrichtungen eine Note zwischen „sehr gut“ und „gut“ erhielten, einer besseren Verteilung auf die einzelnen Noten weicht.

Auf der Internetplattform Pflegetotse.de wurden außerdem die 20 wichtigsten Pflegekriterien, wie „Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?“, fett gedruckt an den Anfang der Bewertung gestellt. So können auch Laien schnell diese wichtigen Fragen erfassen und sich einen Eindruck über die pflegerische Kernkompetenz einer Einrichtung machen.

Erkennbar sind die bereits nach den neuen Richtlinien geprüften Pflegeheime durch ein markantes blaues Banner mit der Aufschrift „Prüfgrundlage ab 2014“ auf der linken Bildschirmseite. Die Prüfungen bei den ambulanten Pflegediensten sollen ab Sommer 2015 ebenfalls auf eine neue Grundlage umgestellt werden. ■

INFORMATION

www.pflegetotse.de: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich dort bundesweit über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen erkundigen. Die Plattform informiert über Preise in den unterschiedlichen Pflegestufen, den zu leistenden Eigenanteil, zusätzliche Angebote der Einrichtung oder Schwerpunkte in der Pflege. Zu jeder Einrichtung ist auch der gut verständlich aufbereitete Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen eingestellt.

Erfolgreiches Resümee nach 100 Sitzungen



FOTO: vdek

ERMITTELN GEMEINSAM GEGEN ABRECHNUNGSBETRÜGER: Wilfried Mankus (AOK Bremen / Bremerhaven), Torsten Barenborg (vdek Bremen) und Andreas Ernst (Kripo)

Mehr als 6 Millionen Euro Schadensersatz und mehr als 70 Anzeigen gegen Tatverdächtige – das ist die erfolgreiche Zwischenbilanz der GKV-Prüfgruppe im Land Bremen nach 100 Sitzungen seit der Gründung 2001. Das resümierte Torsten Barenborg (vdek Bremen) bei der Verabschiedung von Wilfried Mankus, dem Sprecher der kassenartenübergreifenden Prüfgruppe. Bundesweit gilt die Bremer Gruppe als Vorreiter, auch wegen der engen Zusammenarbeit mit Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft und Kassenärztlicher Vereinigung. Auch wenn die Mehrheit der Leistungserbringer korrekt abrechnet – Betrugsfälle finden in allen Leistungsbereichen statt. Neben dem klassischen Abrechnungsbruch gibt es anderes Fehlverhalten wie eine zu enge Kooperation zwischen einem Arzt und einem Heilmittelerbringer. Strafbar ist das derzeit nicht. Die GKV-Prüfgruppe hofft jedoch, dass die Bundesregierung Korruption von Ärzten, wie angekündigt, zügig ins Strafrecht aufnimmt. Auch bei der Abrechnung von Fahrtkosten zu Tageskliniken ist jüngst ein Betrugsfall aufgedeckt worden: Ein Unternehmen hatte Sammelfahrten so abgerechnet, als sei jeder Patient einzeln gefahren worden. Die Prüfgruppe geht davon aus, dass dies kein Einzelfall ist.

BÜCHER

Mengenentwicklung im Krankenhaus

Krankenhäuser haben nur begrenzte Möglichkeiten, auf die Preise für ihre Leistungen Einfluss zu nehmen. Umso bedeutsamer ist es für sie, die Patientenzahlen in ökonomisch attraktiven, planbaren Leistungssegmenten zu steigern, um dadurch den Umsatz zu erhöhen. Die Fallzahlen im Krankenhaus nehmen seit Jahren konstant zu – allerdings je nach Krankheit und Behandlungsbereich in unterschiedlichem Ausmaß. Welche Gründe verbergen sich hinter diesem Phänomen? Namhafte Autoren beantworten relevante Fragen zur Mengenentwicklung.



Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hg.)
Krankenhausreport 2013
– Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?
2013, 542 S., € 54,95,
Schattauer Verlag, Stuttgart

Patientennutzen steigern

Die Autoren bewerten das deutsche Gesundheitswesen vor dem Hintergrund des Patientennutzens und geben strategische Empfehlungen zur Neuordnung. Die relevanten Akteure – Krankenkassen, Leistungserbringer, Arbeitgeber, Patienten – werden beschrieben und analysiert. Sie untersuchen, welche Regulierungen für die Abläufe im Gesundheitssystem bestimmend sind. Zudem zeigen die Autoren, warum die Einbindung der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen unausweichlich ist.



Michael E. Porter, Clemens Guth
Chancen für das deutsche Gesundheitssystem
2012, 376 S., € 59,95
Springer Gabler, Springer Fachmedien, Wiesbaden

ZAHLEN & FAKTEN

Aktuelle Basisdaten erschienen

Wussten Sie, dass die Gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2012 bundesweit 61,7 Milliarden Euro für den Krankenhausbereich ausgegeben haben und dass die durchschnittlichen Kosten für Krankenhausbehandlungen pro Versicherten bei 885 Euro lagen? Wer sich für solche Zahlen und Fakten interessiert, sollte einen Blick in die „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2013/2014“ werfen, die gerade in der 18. Auflage erschienen sind. In fünf Kapiteln werden Finanz- und Versichertendaten sowie die einzelnen Gesundheitsversorgungsbereiche wie Arzneimittel, Krankenhausbehandlungen oder Heil- und Hilfsmittel, ausführlich beleuchtet. Die Broschüren sind gedruckt zu bestellen unter basisdaten@vdek.com, alle Darstellungen der Broschüre sind auch auf der Seite www.vdek.com/presse/daten.html herunterladbar.

VDEK

Eine starke Gemeinschaft

Auch in diesem Jahr sind die Ersatzkassen im Land Bremen die stärkste Kassenart: Mit mehr als 240.000 Versicherten und einem Marktanteil von fast 43 Prozent sind in Bremen und Bremerhaven mehr Menschen bei einer der sechs Ersatzkassen versichert als bei einer anderen Krankenkasse. Die Zahl der Mitglieder, also der Beitragszahler, ist auf fast 187.000 angestiegen. Damit setzt sich der Aufwärtstrend der letzten Jahre für die Ersatzkassen weiter fort.

ANHÖRUNG

Riskante Pillen

FOTO: Barner/GEK



Immmer mehr ältere Menschen nehmen mehr als fünf Medikamente täglich ein. Das verursacht häufig unerwünschte Nebenwirkungen oder Unwirksamkeit. Um diese gefährliche Polymedikation zu vermeiden, müssen alle Beteiligten, also Haus-, Fach- und Klinikärzte, Apotheker, Kassen und Patienten enger zusammen arbeiten. In Bremen herrschen durch die räumliche Nähe gute Voraussetzungen, doch auch hier gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. Das ist das Ergebnis einer Fachanhörung, zu der die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen im Januar geladen hatte. Auch der vdek beteiligte sich an der Diskussion. Vorgestellt wurde ein Pilotprojekt aus dem Siegerland, bei dem die Kassenärztliche Vereinigung den beteiligten Ärzten mögliche Risikopatienten aufzeigt. Im Ergebnis der Anhörung verabredeten unter anderem Apothekerkammer und Hausärzterverband weitere Gespräche.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061