C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE **PERSÖNLICH** Neuer LA-Vorsitzender im Interview | **PFLEGEKRÄFTE** Fördergelder müssen ankommen
ARZNEIMITTEL Warum gibt es Lieferengpässe? | **KRANKENHAUS** Landesbasisfallwert 2018 steht

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. DEZEMBER 2017

VDEK

Mitgliederversammlung hat sich konstituiert

FOTO Andrea Katheder – GKV-Spitzenverband

IM AMT BESTÄTIGT: Uwe Klemens

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat sich nach der Sozialwahl 2017 neu konstituiert. Die 36 ehrenamtlichen Vertreter der sechs Ersatzkassen bestimmen bis zur nächsten Sozialwahl u. a. die Grundsätze der Verbands- und Vertragspolitik, überwachen den Vorstand und legen den Verbandshaushalt fest. Das Gremium bestätigte den Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens von der Techniker Krankenkasse (TK) im Amt. Dieser erklärte: „Wir werden uns weiter für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Reform des Morbi-RSA einsetzen.“ Bei der Sozialwahl 2017 hatten 15,3 Millionen Versicherte der Ersatzkassen und der Deutschen Rentenversicherung ihre Stimme abgegeben – über eine Million mehr als 2011. Die Wahlbeteiligung erhöhte sich insgesamt und lag bei über 30 Prozent.

MORBI-RSA

Fairer Wettbewerb ist Voraussetzung für eine gute Versorgung

Die neue Bundesregierung steht noch nicht fest, doch gleichgültig welche Parteien in Berlin übernehmen, ein Thema wird in den nächsten vier Jahren zu lösen sein: eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, kurz: Morbi-RSA.

In den vergangenen Monaten war die Diskussion zum Morbi-RSA hochgekocht. Der vdek hatte Vorschläge unterbreitet, wie die finanzielle Benachteiligung der Ersatzkassen und ihrer Versicherten ausgeglichen werden kann. Nun legt der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) ein Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA vor, das jedoch aus Sicht des vdek noch keine Lösungen enthält, wie die Benachteiligung kurzfristig beseitigt werden kann.

Was ist der Morbi-RSA?

1994 wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Vor dem Hintergrund von freiem Kassenwahlrecht für die Versicherten ab 1996 und der gleichzeitigen Verpflichtung der Krankenkassen, niemanden abzulehnen, der sich in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern darf (Kontrahierungszwang), ist der RSA in einem wettbewerblich organisierten System zwingend erforderlich für faire Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen. Dadurch sollten finanzielle Nachteile für die Kassen ausgleichen werden, die durch ihre spezifische Versichertenstruktur höhere Ausgaben hatten, als es dem Durchschnitt der GKV entsprach.

Berücksichtigt wurden jedoch nur Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Indikator für die Häufigkeit von Krankheiten, die Morbidität. Dieser Ausgleich wurde im Jahr 2009 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz reformiert und der RSA zu einem Morbi-RSA weiterentwickelt. Unter anderem wurde eine Liste von 80 kostenintensiven chronischen oder schweren Erkrankungen festgelegt, um den unterschiedlich hohen Versorgungsbedarf von Versicherten zu berücksichtigen. Zeitgleich wurde der Gesundheitsfonds eingerichtet, in den alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen und der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt fließen. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds Zuweisungen, die sich nach dem Morbi-RSA und den jeweiligen bundeseinheitlichen Durchschnittskosten richten.

→

KOMMENTAR

Kassenwettbewerb fair gestalten!

FOTO vdek /Georg J. Lopata

von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den durchschnittlichen Krankenkassen-Beitrag für 2018 auf 15,7 Prozent festgelegt. Manche Kassen werden mehr nehmen müssen, andere weniger. Unklar bleibt, wie sich die Gestaltung der Zusatzbeiträge in Zukunft entwickeln wird. Sie sind Resultat einer hochkomplizierten mathematischen Gleichung. Deren maßgebliche Faktoren sind in dem jetzigen System jedoch nicht von der einzelnen Krankenkasse zu beeinflussen: Die Versorgung von Versicherten in Regionen mit dichterer Versorgungsstruktur kostet mehr. Betroffen sind vor allem jene Kassen, die viele Versicherte in den hochpreisigen Regionen haben, wie zum Beispiel die Ersatzkassen, aber bundesweit den gleichen Beitrag nehmen. Dagegen erhalten die AOKen mehr Geld, als sie für ihre Versicherten tatsächlich ausgeben. Der Morbi-RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung ist da klar ungerecht. Der vdek hat Änderungsvorschläge gemacht. Das Sondergutachten des BVA ist allerdings noch in vielen Punkten unklar. Wie die Politik sich dazu verhält, bleibt abzuwarten. Wer die zunehmende Schere zwischen Überdeckung auf Seiten der AOK und Unterdeckungen bei mittlerweile allen anderen Kassenarten als Bedrohung für die Stabilität der GKV ernst nimmt, der kommt an einer zügigen Reform des Morbi-RSA nicht vorbei.

Mit den Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds decken die Kassen die Kosten für die Versorgung ihrer Versicherten. Doch die Deckungsquote ist nicht bei allen Krankenkassen gleich. So bekommen die AOKen insgesamt mehr Finanzmittel zugewiesen, als sie tatsächliche Ausgaben haben (Überdeckung), während bei den Ersatzkassen und allen anderen Kassenarten eine Unterdeckung festzustellen ist. Die Überdeckung bei den AOKen betrug im Jahr 2016 1.523 Milliarden Euro, während die Ersatzkassen eine Unterdeckung von 983 Millionen Euro zu tragen hatten. Die Folge: Manche Krankenkassen konnten größere Finanzreserven aufbauen , die Zusatzbeitragssätze der Kassen entwickelnauseinander.

Zwar erfüllt der Morbi-RSA seine Zielsetzung, Anreize zur Risikoselektion zu verringern. Dem Ziel, einen chancengleichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um eine gute Versorgung zu ermöglichen, wird er derzeit jedoch nicht gerecht. Die Schere der Über- und Unterdeckungen für Leistungsausgaben, die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähig sind, hat sich von Jahr zu Jahr vergrößert. Dieser unfaire Wettbewerb führt zu Verzerrungen im Markt mit Marktanteilen in einigen AOK-Regionen bereits über 48 (Thüringen) und 56 (Sachsen) Prozent. Damit steigt die Gefahr von Krankenkassenmonopolen auf Länderebene. Höchste Zeit, dieses System grundlegend zu reformieren.

Sondergutachten des BVA

Noch liegt das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA nicht komplett vor, doch die bereits vorgestellten Kernpunkte sind aus Sicht des vdek unbefriedigend. So hatte der vdek gefordert, die Liste der 80 im Morbi-RSA erfassten Krankheiten zu überprüfen und einen Hochrisikopool zu schaffen. Damit könnten die Kosten von Krankenkassen für Versicherte mit zahlenmäßig seltenen, aber sehr teuren Erkrankungen im Vergleich zu den zahlreichen Volkskrankheiten besser ausgeglichen werden. Dies lehnt das Gutachten ab, will die Beschränkung auf 80 Krankheiten abschaffen. Der Beirat favorisiert somit ein Vollmodell, d.h. das ganze Krankheitsspektrum sollte bei der Messung der Morbidität einbezogen werden. Aus vdek-Sicht wäre die Folge eine Potenzierung des Ungleichgewichts.

Weiterhin soll laut Gutachten der Erwerbsminderungsstatus als Risikofaktor erhalten bleiben. Der vdek hatte dies unter Hinweis darauf abgelehnt, dass Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente (EMR) beziehen, in der Regel an komplexen gesundheitlichen Problemen leiden, aber nicht alle Menschen mit den ansonsten gleichen komplexen gesundheitlichen Problemen Anspruch auf eine EMR haben. Eine Ergänzung um eine Schweregraddifferenzierung, wie vom Beirat vorgeschlagen, bleibt hinter den Erwartungen zurück.

Wesentlicher Ansatzpunkt zur Abschaffung der Benachteiligung der Ersatzkassen sind die Kostenstrukturen, die zwischen verdichteten Städten und ländlichen Regionen sehr unterschiedlich sein können. So gibt es in Ballungsgebieten wie Bremen eine größere Versorgungsdichte und ein ausdifferenziertes, hochspezialisiertes Angebot. In der Fläche sieht das anders aus. Dies führt zu höheren Ausgaben in den Metropolen. Benachteiligt sind daher Kassen mit einem größeren Versichertenanteil in den Städten, was bei den Ersatzkassen der Fall ist. Darum fordert der vdek, dass die regionalen Kostenstrukturen im Morbi-RSA durch eine Versorgungstrukturkomponente auf Kreisebene berücksichtigt werden müssen. Das BVA-Gutachten teilt grundsätzlich die Sicht, dass eine Regionalkomponente eingeführt werden muss, wenn die bestehenden Unterschiede zwischen Regionen in der Versorgung durch die Krankenkassen nicht steuerbar sind. Wie genau das berücksichtigt werden kann, soll jedoch Gegenstand des noch folgenden vertiefenden Sonderuntersuchung sein. Der vdek lehnt auf jeden Fall die Einführung regionaler Zusatzbeitragssätze ab und wird sich auch weiterhin für einen fairen Kassenwettbewerb einsetzen.

INTERVIEW

„Fühle mich dem Gesundheitswesen verpflichtet“

Der 57-jährige gebürtige Hamburger Dr. Cornelius Erbe ist seit September 2017 für die hkk tätig und als solcher Vorsitzender des Landesausschusses (LA), des wichtigsten Gremiums der Ersatzkassen im Land Bremen.

FOTO pr

DR. CORNELIUS ERBE

Nach dem Studium der Medizin in Freiburg haben Sie promoviert, aber nur kurz als Arzt praktiziert – warum?

Ich habe angesichts meiner Begeisterung für konzeptionell-strategische Aufgaben und meines Interesses auch für wirtschaftliche Zusammenhänge bereits während des Medizinstudiums festgestellt, dass ich lieber gestaltend arbeiten möchte als in der klinischen Medizin, weil ich mich so in einem anderen Maßstab und Rahmen um das große Thema Gesundheits- und Krankenversorgung kümmern kann.

Sie sind dann zu Boehringer Mannheim gegangen, einem forschenden Pharma-Unternehmen?

Ja, dort habe ich erfahren, welch großen Beitrag die Pharma-Industrie leisten kann, damit es kranken Menschen besser geht. In der Industrie arbeiten Sie mit einem anderen Hebel, sorgen nicht allein für einen individuellen Menschen, der Ihnen als dem Arzt gegenüber sitzt, sondern für größere Kollektive mit definierten Erkrankungen.

Von dort ging es zur Unternehmensberatung Roland Berger?

Ja. Ich habe dort immer wieder Aufgabenstellungen aus dem Gesundheitssystem betreut, weil ich diese als das spannendste und für mich persönlich wichtigste Thema erkannt habe. Ich fühle mich der Pflege und Weiterentwicklung eines nachhaltigen Gesundheitswesens im konstruktiven Sinne verpflichtet.

Von Roland Berger wechselten Sie zur DAK-Gesundheit?

Bei der DAK-Gesundheit unter Prof. Rebscher habe ich den Schritt aus der rein konzeptionellen beratenden Tätigkeit ins wirkliche Leben gemacht und gesehen, wie es in der Praxis zugeht. Sieben Jahre war ich dort im Vertrags- und Leistungsmanagement tätig mit einer umfangreichen Verantwortung für viele Mitarbeiter und ein großes Finanzbudget. Die Herausforderungen waren nicht immer leicht, aber wir haben sie erfolgreich bewältigt.

Nach der DAK-Gesundheit gingen Sie dennoch wieder zurück in die Industrie – zum Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa). Was ist Ihre Motivation, jetzt erneut bei einer Krankenkasse zu arbeiten?

In meiner heutigen Funktion kann ich in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern als unseren Partnern dazu beizutragen, dass die Patientenversorgung besser wird und dabei bezahlbar bleibt. Wir haben eine qualitativ hochwertige Versorgung in Deutschland, sie ist aber nicht ausreichend kosteneffizient. Da können wir von anderen Ländern lernen, zum Beispiel vom dänischen System, wie man mit wesentlich weniger Klinikbetten pro Kopf der Bevölkerung auskommen kann. Wir haben ein langjährig bekanntes Überangebot in der stationären Versorgung. Hier könnten wir durch einen Abbau von Betten einerseits Geld sparen und andererseits in den vorhandenen Krankenhäusern eine bessere Versorgung anbieten. Viele Deutsche nehmen klaglos 45 Minuten Anfahrt zum Arbeitsplatz in Kauf; da ist es mir unverständlich, warum jeder Deutsche auch für Elektiveingriffe ein Krankenhaus in nächster Nähe aufsuchen möchte. Ein weiteres Beispiel: Wir können von Estland lernen, wie man eine gute E-Health-Strategie entwickelt und umsetzt – da sind wir in Deutschland unnötigerweise Entwicklungsland. Wir haben in Deutschland zwar Konzepte für die Telematik-Infrastruktur, aber durch die zähen Auseinandersetzungen im selbstverwalteten System konnten wir nicht die Fortschritte erzielen, die nötig gewesen wären.

Worauf freuen Sie sich bei der hkk besonders?

Ich freue mich sehr auf die Möglichkeiten, aufgrund der hervorragenden regionalen Vernetzung unseres Hauses in einen intensiven Dialog mit den anderen Stakeholdern im System einzutreten. Hier in Bremen kann man mit den Verantwortungsträgern der großen Krankenhäuser oder mit der niedergelassenen Ärzteschaft sehr unkompliziert ins Gespräch kommen.

Worin sehen Sie Ihre Aufgabe als LA-Vorsitzender?

Ich möchte dazu beitragen, zu konsensualen Entscheidungen zu kommen in Angelegenheiten, in denen wir Ersatzkassen gemeinschaftlich agieren können. Dann können wir durch die Kombination unserer Marktanteile im Dialog mit der Politik und den anderen Stakeholdern mehr Gewicht erlangen.

PFLEGEPERSONAL

Fit für die Zukunft: Verbindliche Personaluntergrenzen sind notwendig

Immer wieder fließen Millionen für Pflegestellen-Förderprogramme ohne nachhaltigen Erfolg in die Krankenhausfinanzierung. Gleichzeitig häufen sich die Berichte von Personalabbau und gefährlicher Arbeitsverdichtung in der Pflege.

Meldungen über dramatische Unterbesetzungen in der Pflege sorgen für Aufsehen. Die Rede ist von einer Pflegekraft nachts für 50 Menschen in der Altenpflege, oder, wie von Verdi durch eine Befragung erhoben, dass bei über der Hälfte der Kliniken in Deutschland eine Fachkraft im Krankenhaus nachts durchschnittlich 25 Patienten allein versorgen muss.

Wenn auch die Daten für die öffentliche Wahrnehmung zugespitzt präsentiert werden – die grundsätzliche Problematik ist im Gesundheitswesen bekannt. Schon seit 2009 versucht die Politik gegenzusteuern, indem sie die gesetzlichen Krankenkassen zu Förderprogrammen in Millionenhöhe verpflichtet. Doch woran liegt es, dass die Gelder nicht anzukommen scheinen? Was wird getan, um die Situation zu verbessern?

Es gibt viele Gründe, warum es zu der jetzigen Situation in Kliniken und Pflegeheimen gekommen ist. Wenn man z. B. die Entwicklung der Personalzahlen zwischen medizinischem und pflegerischem Bereich in den Krankenhäusern betrachtet, ist der ärztliche Bereich deutlich stärker geworden, während die Anzahl der Pflegenden stagniert. Tatsache ist, dass sich die Fälle einer Klinik mit mehr Ärzten erhöhen – ein Gewinn für das Krankenhaus. Wenn dies mit einer stagnierenden Zahl von Pflegenden einhergeht, führt das zu einer Verdichtung der Arbeit des pflegenden Personals – mit negativen Folgen für das Berufsbild der pflegenden Menschen. Diese Ökonomie hat sich im Zuge der DRG (Diagnosis Related Groups – Abrechnung nach Diagnosen und nicht nach Aufenthaltsdauer) entwickelt und muss nun durch wirkungsvolle Maßnahmen korrigiert werden.

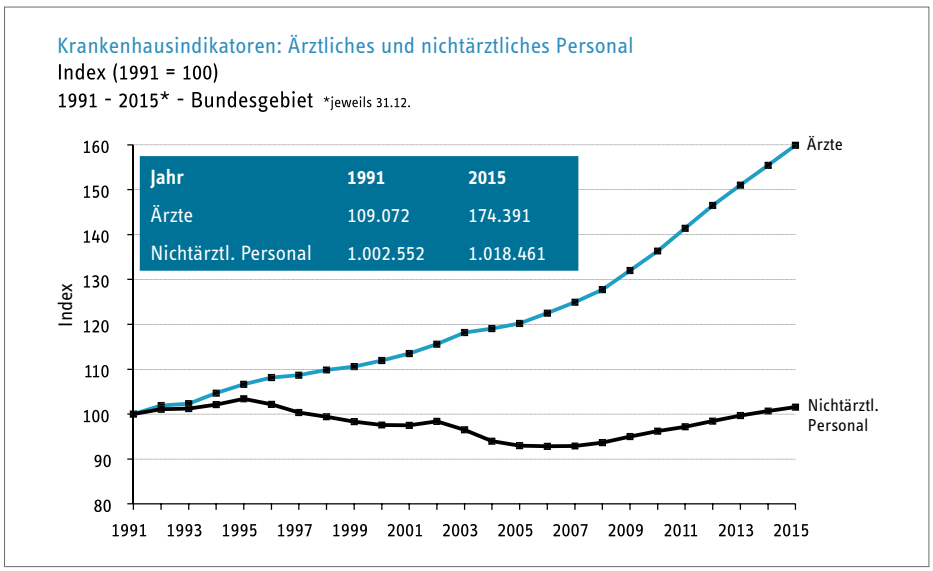
Pflegeschlüssel für Qualität

Dass die Qualität der Behandlung nachweislich mit der Anzahl der Pflegenden korreliert, überrascht nicht. Bestes Beispiel für eine Verbesserung ist die Vorgabe von festen Personalschlüsseln für die Neonatologie. So wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für den hochsensiblen Bereich der Versorgung von Frühchen mit sehr geringem Geburtsgewicht eine 1:1-Betreuung vorgegeben. Die intensive Betreuung ist gut für die Qualität. Gleichzeitig führt diese Vorgabe zu sinnvollen Zusammenlegungen von Kapazitäten. So entstehen Stationen, in denen viele Fälle behandelt werden und eine entsprechend hohe Professionalität herrscht – was nachweislich zu besserer Qualität führt (siehe S. 6). Stationen mit geringen Fallzahlen können mit einem solchen Personalschlüssel nicht wirtschaftlich geführt werden, wenn es überhaupt gelingt, das notwendige Personal zu finden.

Personalmangel – selbst gemachtes Leid

Die Verdichtung der Arbeit des Pflegepersonals hat bisher dazu geführt, dass Berufe in der Pflege immer unattraktiver wurden. Jetzt klagen Kliniken und Heime über Personalmangel – ein Phänomen, zu dem sie maßgeblich selbst beigetragen haben. Es braucht nun viele Verbesserungen und einen langen Atem, die Berufe in der Pflege wieder attraktiv zu machen und das nachhaltig.

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden zahlreiche Maßnahmen angestoßen, die die Situation in der Pflege verbessern sollten, darunter auch die Einrichtung einer Expertenkommission zum Thema. Die Fachleute der Kommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ haben



im Frühjahr ihr Fazit vorgelegt, das in die Unterpunkte „Laufende Maßnahmen“, „Personaluntergrenzen“ und „Pflegestellen-Förderprogramm“ gegliedert wurde.

Laufende Maßnahmen

Eine der Regelungen ist die finanzielle Höherbewertung von hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus, die bereits mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems in 2017 umgesetzt wurde und ab 2018 in Kraft tritt. Dies betrifft die Behandlungspflege für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, wie einer Demenzerkrankung oder motorisch-funktionellen Behinderungen beispielsweise nach einem Schlaganfall.

Grundsätzlich wird auch die Demenz in ihrer unterschiedlichen Schwere mit den neuen Pflegegraden ab 2017 besser abgebildet. Damit wird nicht nur die Vergütung in der Pflege verbessert, auch bei der Ermittlung des Entgelts im Krankenhaus wird der Grad der Pflegebedürftigkeit einbezogen und die Leistung entsprechend höher bezahlt.

Personaluntergrenzen

Eine weitere Maßnahme sind Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Diese sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst bis zum 30.06.2018 verbindlich mit Wirkung zum 01.01.2019 vereinbaren.

Pflegestellen-Förderprogramm

Bereits von 2009 bis 2011 hatte es mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ein Pflegesonderprogramm gegeben, mit dem Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen gefördert werden sollten. Rund 1,1 Milliarden Euro standen für etwa 15.300 zusätzliche Pflegekräfte zur Verfügung – 90 Prozent davon von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Von den Krankenhäusern erhielten die Kassen jedoch nur den Nachweis über rund 13.600 eingestellte Pflegekräfte. Das Statistische Bundesamt konnte lediglich einen Zuwachs von 9.200 Pflegekräften beobachten. Seit 2012 wurde über erhöhte Landesbasisfallwerte und spezielle Entgelte für hohen Pflegeaufwand dauerhaft mehr Geld für die Pflege in die Finanzierung der Krankenhausbehandlung gegeben – allerdings ohne Nachweispflicht. Es ist also ungewiss, ob die Mittel der Pflege zu Gute kommen.

Ein weiteres Pflegestellen-Förderprogramm lenkt seit 2016 bis 2018 weitere 660 Millionen Euro für Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen in den Krankenhaussektor. Zum 1. Januar 2019 sollen die Gelder des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag einbezogen werden, damit die bisher geförderten Stellenzahlen gesichert bleiben.

Für die Krankenkassen ist es wichtig, dass die Verbesserung in der Pflege auch beim Patienten ankommt und nicht nach dem Gießkannenprinzip Gelder verteilt werden, die im laufenden Betrieb versickern, ohne dass neue Stellen geschaffen werden. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft möglichst freie Hand für den Einsatz der Mittel wünscht, bestehen die Krankenkassen auf den Nachweis über den zielgerichteten Einsatz der Gelder für das Pflegepersonal und zukünftig auf eine Einhaltung der Personaluntergrenzen – auch mit angemessenen Sanktionen für das Krankenhaus, wenn die Grenzen unterschritten werden.

Fazit

Wenn Krankenhäuser mehr Fälle behandeln, muss auch das dafür notwendige Personal vorgehalten werden, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Dafür ist es sinnvoll, zunächst für pflegesensitive Bereiche eine Vereinbarung über verbindliche Personaluntergrenzen zu schließen. Es muss aber sichergestellt sein, dass Gelder für die Verbesserungen der Pflegesituation auch nachhaltig in der Pflege ankommen.

PFLEGEBERUFEREFORMGESETZ

Generalistik wird 2020 kommen

Eine einheitliche Ausbildung in der Pflege ist das Ziel des Pflegeberufereformgesetz, das im Juli 2017 verabschiedet wurde. Nun geht es um die Umsetzung. Die Gesundheitssenatorin sowie die Sozialsenatorin informierten darüber Mitte November auf einer großen Veranstaltung vor Bremer Trägern der Pflegeeinrichtungen, Pflegeschulen, Verbänden, Krankenhäusern und Kranken- und Pflegekassen.

Künftig wird die dreijährige Ausbildung hauptsächlich generalistisch ausgerichtet. Die ersten zwei Jahre lernen alle zusammen an Pflegeschulen. Erst danach entscheiden sich die Auszubildenden, ob sie auch das dritte Jahr generalistisch (mit Abschluss Pflegefachfrau / -mann) mit vielseitigen Einsatzmöglichkeiten machen oder sich wie bisher spezialisieren als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger / -in bzw. Altenpfleger / -in.

Für die Ausbildung wird ein mittlerer Schulabschluss oder Hauptschulabschluss mit zusätzlicher Qualifikation benötigt. Gleichzeitig wird ein mindestens dreijähriges berufsqualifizierendes Pflegestudium an einer Hochschule angeboten.

Künftig wird die Ausbildung für alle in der Pflege kostenfrei. Stattdessen zahlen Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Bundesland und Pflegeversicherungen in einen Ausbildungsfonds. Bevor es am 1. Januar 2020 mit der generalistischen Ausbildung losgehen kann, ist aber noch viel zu tun. So müssen noch Prüfungsinhalte, Regelungen für den Fonds und Budgets festgelegt werden. Der vdek begrüßt alle Maßnahmen, die der Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes dienen.

NACHGEHAKT

Lieferengpässe bei Medikamenten – Mythos oder Wahrheit

Es ist keine Seltenheit mehr, Berichte über Lieferengpässe bei lebenswichtigen Medikamenten häufen sich. Aber von welchen Faktoren hängt die Lieferfähigkeit von Arzneimitteln ab? Entscheidend ist vor allem, ob ein Wirkstoff nur von einem einzigen Hersteller oder von mehreren Herstellen bereitgestellt werden kann und wie lange der Ausfall der Produktion voraussichtlich dauern wird.

FOTO Techniker Krankenkasse

Ein Lieferengpass ist leichter zu kompensieren, je weniger Hersteller davon betroffen sind und je kürzer seine Dauer ist. Auf die Verfügbarkeit eines Medikaments können folgende Faktoren Einfluss haben:

- Fehlen von Ausgangsstoffen
- Ausfall von Produktionsanlagen
- Nichteinhaltung von arzneimittelrechtlichen Qualitätsanforderungen
- Verzögerungen in der Auslieferung des Medikaments (insbesondere bei im Ausland produzierten Arzneimitteln)
- Verlagerung der Produktion ins Ausland und Konzentration an wenigen Standorten
- unerwartet hohe Nachfrage

In der Vergangenheit waren von Lieferausfällen insbesondere Generika betroffen. Generika sind Arzneimittel ohne Patentschutz, die von mehreren Herstellern produziert werden. Sollte es zu einem Produktionsausfall eines Generikas kommen, so können andere Hersteller den Produktionsausfall wettmachen. Eine Umstellung des Patienten auf ein Konkurrenzprodukt mit dem identischen Wirkstoff und der identischen Wirkstärke ist somit möglich. Einem kompletten Produktionsausfall eines Wirkstoffes kann der Arzt entgegnen, indem er einen vergleichbaren und für die gleiche Indikation zugelassenen Wirkstoff verordnet. Bei in der Vergangenheit aufgetretenen Lieferengpässen konnte die Versorgung der Patienten in der Regel mit Alternativpräparaten sichergestellt werden.

Den pharmazeutischen Herstellern ist es seit Anfang 2013 möglich, ihre von einem potentiellen Lieferengpass bedrohten Arzneimitteln in einem öffentlich zugänglichen Register listen zu lassen. Das Register existiert bei der nationalen Zulassungsbehörde für Arzneimittel, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Bisher handelt es sich aber um freiwillige Meldungen, deren Unterlassung für die pharmazeutischen Hersteller nicht sanktionsbewährt ist. Wenn dieses Register von allen pharmazeutischen Unternehmen bei Lieferausfällen umgehend und vollinhaltlich bedient würde, könnten Ärzte und Apotheker frühzeitig Therapiealternativen entwickeln und so die Versorgung der Patienten sicherstellen.

MELDUNG

Grünes Licht für Konzentration der Frühchenversorgung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der Strukturfonds eingeführt. Er soll Impulse geben, die Krankenhauslandschaft umzuformen und effizientere Strukturen zu schaffen. In Bremen haben Gesundheit Nord (GeNo), gesundheitssenatorische Behörde und Krankenkassen einen Antrag zur Konzentration der Level I und II-Versorgung von Frühchen am Klinikum Mitte erarbeitet, das mit den Neubau wieder eine Geburtshilfe haben wird.

Die Kosten für die Projekte aus dem Strukturfonds werden je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und aus Mitteln des jeweiligen Landes getragen. Inzwischen hat das Bundesversicherungsamt den Bremer Antrag positiv beschieden. So stehen 9,4 Millionen Euro zur Verfügung – 4,7 Millionen aus dem Strukturfonds und 4,7 Millionen vom Land Bremen. Von der GeNo wurde zusätzlich ein Antrag auf 3,4 Millionen Euro aus dem Nachverteilungsverfahren für Medizintechnik und Umzugskosten eingereicht, der bisher noch nicht beschieden wurde.

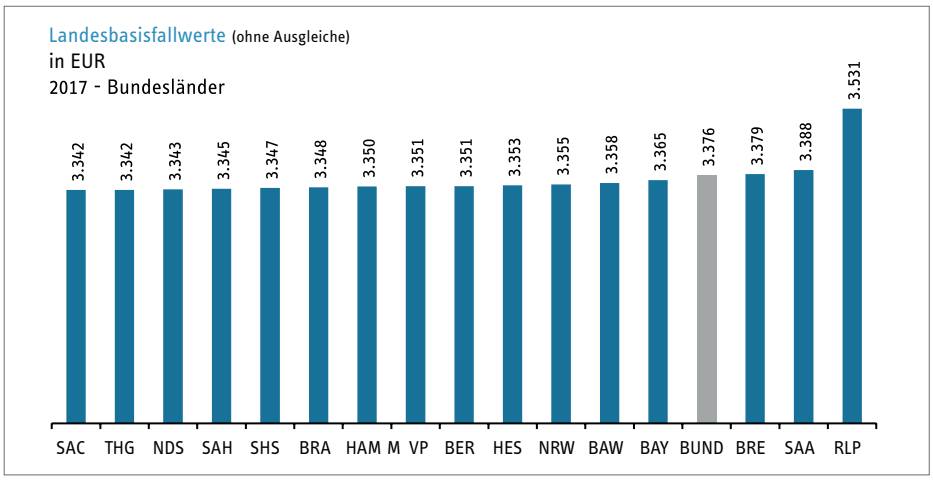
Hintergrund für das Projekt in Bremen ist auch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), nach der in Krankenhäusern mit Neugeborenen-Intensivstationen eine Pflegekraft pro Frühchen eingesetzt wird. Bei Frühchen, die überwacht werden müssen, soll eine Pflegekraft höchstens zwei Kinder betreuen. Diese strengen Vorgaben des GBA sollen durch Konzentrationsprozesse zu einer höheren Fallzahl und damit zu mehr Qualität führen. Denn Standorte mit wenigen Fällen können bei einem so hohen Personalschlüssel nicht wirtschaftlich betrieben werden. Zudem ist es schwierig, freie Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden. Alles gute Gründe, die Versorgung zu konzentrieren.

KRANKENHÄUSER

Landesbasisfallwert 2018 geeint – über 20 Millionen Euro mehr für Bremens Kliniken

Die Verhandlungspartner konnten sich einigen – ihnen bleibt der Gang ins Schiedsamt erspart. Die Krankenhäuser im Land Bremen können 2018 mit einem Erlösvolumen von über 800 Millionen Euro rechnen.

Nach zwei Verhandlungsrunden haben sich Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft in Bremen auf einen Landesbasisfallwert für 2018 in Höhe von 3.458 Euro geeinigt. Damit gehört Bremen zu den ersten Ländern, die bereits für das kommende Jahr den neuen Basisfallwert verkünden können. Das bringt Planungssicherheit für alle Beteiligten und spart den Verhandlungsparteien den Gang zum Schiedsamt. Für 2018 stehen den Krankenhäusern damit rund 812 Millionen Euro zur Verfügung, über 20 Millionen Euro mehr als in 2017.



Für beide Seiten ein Erfolg

Seit 2005 vereinbaren Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften in den Ländern jährlich einen Basisfallwert, der entscheidend für die Gesamtvergütung aller Krankenhäuser des Landes ist. Für jede Diagnose und Fallschwere wird auf Bundesebene ein Wert (Relativgewichtspunkt) festgelegt, der im Fallpauschalenkatalog nach Diagnosegruppen (DRG) gelistet ist. Dieser jeweilige Wert wird, wenn die Leistung im Krankenhaus erbracht wurde, mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. So ergibt sich die Vergütung für die Krankenhausbehandlungen.

Bei den Verhandlungen werden die voraussichtliche Kostenentwicklung, errechnete Wirtschaftlichkeitsreserven und Leistungsveränderungen berücksichtigt. Wenn es gelingt, bei diesen Verhandlungen ein Ergebnis zu erzielen und nicht im Dissens auseinander zu gehen, ist dies für beide Seiten ein Erfolg. Die Krankenkassen sehen das Ergebnis mit einer Steigerung von 3.379 Euro in 2017 auf 3.458 Euro für 2018 positiv, da die Steigerungsrate mit 2,35 Prozent moderat ausfällt und die Annäherung an den Bundesbasisfallwert wahrscheinlicher wird. Denn eine bundesweite Angleichung der Basisfallwerte aller Länder war von Beginn der Einführung der DRG geplant, jedoch immer wieder verschoben worden, da die Ergebnisse der Länder zu weit auseinander klafften.

Erreichen, was die DRG ergeben sollten

Ein Ziel wurde jedoch nicht erreicht. Zwar hat sich die Zahl der Betten in den Abteilungen mit der sinkenden Verweildauer in den Krankenhäusern reduziert, aber eine nennenswerte Konzentration von Kliniken und Abteilungen hat nicht stattgefunden. Durch die Veränderung des Vergütungsmodus – weg von den Tagessätzen, hin zur diagnoseorientierten Abrechnung – sollte sich die Strukturen der Krankenhäuser dem Leistungsgeschehen anpassen. Jedes Krankenhaus sollte sehen, dass sich nicht ausgelastete Stationen nicht tragen und dass die Konzentration auf Kernkompetenzen ein wirtschaftlich und qualitativ sinnvollerer Weg ist als die Vorhaltung möglichst vieler Disziplinen. Stattdessen hat es einen hohen Anstieg der Fälle und kaum Konzentrationsprozesse gegeben.

Hier versucht die Politik jetzt mit Mindestmengen für Konzentration und Qualität der Leistung zu sorgen. Gleichzeitig kam mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) der Strukturfonds, der Impulse geben soll, die Krankenhauslandschaft umzuformen und effizientere Strukturen zu schaffen. Zukünftig soll auch die Qualität in die Krankenhausplanung einbezogen werden – eine Forderung, die die Ersatzkassen schon lange stellen. Es sind also viele Stellschrauben, an denen versucht wird, nachträglich zu erreichen, was sich durch die DRG ergeben sollte.

JAHRESWECHSEL

Frohe Feiertage und alles Gute im neuen Jahr!

FOTO Floydine – stock.adobe.com

Wir wünschen allen unseren Leserinnen und Lesern besinnliche Feiertage, frohe Weihnachten und ein erfolgreiches, glückliches Jahr 2018.
Ihre vdek-Landesvertretung Bremen

BÜCHER

Alter und Prävention

Die Beiträge zeigen aus verschiedenen Perspektiven und disziplinären Diskursen heraus, wie Prävention im Alltag gelingen kann. Im Mittelpunkt individueller und kollektiver Bestrebungen steht dabei das Ziel, zukünftige soziale Risiken und gesundheitliche Risiken frühzeitig spürbar zu reduzieren. Wissen um demographische und epidemiologische Veränderungen ist mit der Verantwortung verbunden, Spielräume produktiv auszugestalten. Für eine alternde Gesellschaft gewinnt hierbei die Ausdehnung beeinträchtigungsarmer Lebensjahre an Bedeutung.

Stephan Pohlmann (Hrsg.)
Alter und Prävention
318 S., € 39,99
Springer Verlag

PRÄVENTION

Gesunde Schulen im Quartier

Vor einem Jahr wurde in Bremen die Landesrahmenvereinbarung Prävention von den Sozialversicherungsträgern und dem Land unterzeichnet. Nun stehen die ersten gemeinsam geförderten Projekte in den Startlöchern.
Den neuesten Absprachen zufolge, können mehrere ausgewählte Bremer Schulen an sozialen Brennpunkten bald sogenannte Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung bekommen. Sie sollen wichtige Gesundheitsthemen im Unterricht wie Ernährung, Bewegung oder psychische Gesundheit vermitteln, Kinder und Lehrkräfte schulen und auch die Eltern und damit die Quartiere einbeziehen. Das Land Bremen und die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) wollen das auf drei Jahre angelegte Projekt gemeinsam finanzieren.
Darüber hinaus lagen bis zum Stichtag 31. September weitere Anträge vor, die jedoch entweder nicht oder noch nicht förderfähig waren. Entscheidend für eine Förderung durch die GKV ist der Leitfaden Prävention, in dem die Bedingungen und Voraussetzungen für die Verwendung der Beitragsmittel der Versicherten festgelegt sind. Wer Beratungsbedarf hat, ob seine Idee förderfähig sein könnte und wie der Antrag zu formulieren ist, kann sich an die Koordinierungsstelle gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) wenden. Hier werden im Auftrag der Krankenkassen Informationsveranstaltungen und Beratungen angeboten (Tel. 0421 / 79 08 73 -01). Anträge für das kommende Jahr werden bis zum 31. Mai 2018 bei jeder Krankenkasse im Land Bremen angenommen.

ENDOPROTHESENREGISTER

Wechsel-OPs werden gezählt

FOTO psdesign1 – stock.adobe.com

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat seit 2012 mehr als 600 000 Daten über Hüft- und Knie-Operationen gesammelt. Damit ist das EPRD auf dem besten Weg, das fallzahlenstärkste Register für künstliche Hüft- und Kniegelenke weltweit zu werden. Zwar ist es für mittel- und langfristige Ergebnisse noch zu früh, erste richtungsweisende Informationen bietet das EPRD aber bereits jetzt. Anhand der Registerdaten wurde erstmals untersucht, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein künstliches Gelenk in den ersten beiden Jahren nach dem Ersteingriff gewechselt werden muss. Ein Ergebnis: Musste das Hüftgelenk nach einem Oberschenkelhalsbruch ersetzt werden, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Wechsel-OP doppelt so hoch wie bei einem zeitlich frei gewählten Eingriff. Finanziert wird das EPRD u. a. durch den vdek. Mehr Infos unter: www.eprd.de

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
www.vdek.com
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann
Verantwortlich Kathrin Herbst
Druck Kern GmbH, Bexbach
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik Schön und Middelhaufe GbR
ISSN-Nummer 2193-4061