

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PRÄVENTIONSPREIS Mit Herz und Hand | **PATIENTENSICHERHEIT** Fehler finden und abstellen
RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH Regionalkomponente erforderlich | **PRÄVENTION** Neue Gesundheitsziele festlegen

MECKLENBURG-VORPOMMERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2018

MITGLIEDER

Auf Wachstumskurs



Die Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern sind schon seit vielen Jahren die stärkste Kassenart und gewinnen weiter ständig an Mitgliedern und Versicherten hinzu. So wuchs die Mitgliederzahl, also die Zahl der aktiven Beitragszahler, von 556.349 (2017) auf 559.105. Der Marktanteil der vdek-Mitgliedskassen liegt in M-V bei 46 Prozent und damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (38,8 Prozent). Die Zahl der Versicherten, also die der Mitglieder und der mitversicherten Familienangehörigen, stieg auf 690.698 (im Vorjahr: 686.848). Auf diese Entwicklung können unsere Mitgliedskassen stolz sein. Sie belegt, dass sich die Ersatzkassen neuen Herausforderungen stellen und kontinuierlich attraktive Bedingungen für eine Krankenversicherung bieten. Von diesen sehr guten Angeboten machen offensichtlich Alt und Jung rege Gebrauch.

GESETZGEBUNG

Für die Versicherten wird vieles besser!

Mehr Geld im Portemonnaie, mehr Pflegepersonal, kostenfreie Ausbildung für Pflegeberufe – für die Versicherten hält das neue Jahr eine Reihe von positiven Veränderungen parat.

Die Bundesgesetzgebung hat unter dem neuen Minister Jens Spahn (CDU) unheimlich an Fahrt aufgenommen. Eine Novellierung „jagt“ die andere; beinahe im Monatsschritt erblicken neue Änderungen das gesetzgeberische Tageslicht. Es wird debattiert, geändert und beschlossen, fast schon mit Sprinttempo. Dabei ist vieles herausgekommen, was die Situation der Bürger, der Patienten und der Pflegebedürftigen nachhaltig verbessern wird.

Mehr Geld am Monatsende

Eine der wesentlichen Änderungen kommt mit dem so genannten Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) einher. Dort wird die alte paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wieder hergestellt. Seit 2015 mussten die Versicherten den so genannten Zusatzbeitrag alleine schultern, damals wurde der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung von 15,5 Prozent um 0,9 Prozentpunkte auf 14,6 Prozent abgesenkt. Diese 0,9 Prozentpunkte und zukünftige kassenindividuelle

Beitragssatzsteigerungen belasteten seitdem nur die Versicherten. Ab dem nächsten Jahr sind auch wieder die Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligt. Bei einem Bruttoeinkommen von 3.000 Euro im Monat und einem Zusatzbeitrag von einem Prozent, das entspricht dem allgemeinen Zusatzbeitragssatz im Jahr 2018, werden die GKV-Versicherten zukünftig wieder 180 Euro im Jahr mehr zur Verfügung haben. Das nämlich ist genau der Anteil, den die Arbeitgeber dann zusätzlich tragen.

Die Wiedereinführung der Parität ist aber auch eine Wiedereinführung von gesellschaftlicher Verantwortung von Arbeitgebern. Zukünftig werden Verbesserungen in der Versorgung wie zum Beispiel mit dem unten dargestellten Pflege-Sofortprogramm aber auch Kosten medizinisch-technischer Innovationen und neuer Medikamententherapien nicht mehr alleine durch die gesetzlich versicherte Bevölkerung zu tragen sein.

Auch für die Ersatzkassen bringt das GKV-VEG eine positive Neuerung. Ende 2019 soll im Rahmen des Finanzausgleiches zwischen den Krankenkassen (RSA-Risikostrukturausgleich) eine



KOMMENTAR

Hohe Erwartungen



von
KIRSTEN JÜTTNER
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

FOTO vdek / Georg J. Lopata

Jeder hat die Zahl gelesen oder gehört. 13.000 zusätzliche Pflegefachkräfte in Pflegeheimen, finanziert durch die Krankenkassen ohne zusätzliche Belastung der Pflegesätze, die zum Teil eben auch von den Pflegebedürftigen zu zahlen sind. Doch jeder fragt sich, woher diese Pflegefachkräfte kommen sollen. Pflegefachkräfte sind Mangelware auf dem Arbeitsmarkt, vor allem in M-V, wo ländliche Regionen mit ihren ganz eigenen Versorgungsproblemen kämpfen. Umso wichtiger, dass zukünftig auch endlich alle Pflegeschüler kein Schulgeld mehr zahlen. Die Zauberworte heißen außerdem: keine ständige Arbeitsverdichtung, Wertschätzung und anständige Bezahlung. Gerade bei der Wertschätzung hat ein Umdenken eingesetzt.

Und die Bezahlung? Pflegeeinrichtungen haben ein Recht auf Refinanzierung von Tarifgehältern – wenn sie diese ihren Beschäftigten auch zahlen. Das ist nicht neu. Unverständlich, wenn sie das nicht tun. Bisher sind Pflegefachkräfte auch deshalb aus Mecklenburg-Vorpommern abgewandert. Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände zahlen seit Jahren Tarif. Umso wichtiger, dass der größte privat-gewerbliche Arbeitgeberverband in der Pflege, der bpa, jetzt Arbeitsvertragsrichtlinien verabschiedet hat. Werden sie umgesetzt, werden sie refinanziert.

Ein wichtiger Schritt, damit Pflegefachkräfte nicht den Beruf oder unser Land verlassen.



gesetzgeberische Überprüfung stattfinden. Diese, schon lange von den Ersatzkassen angemahnte Novellierung, soll die bestehenden Ungleichverteilungen bei den Strukturausgleichszahlungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen korrigieren (siehe auch Seite sechs im Report).

Mehr Personal für die Pflege

Ab dem 1. Januar 2019 können Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen neues Pflegepersonal einstellen. Das bereits beschlossene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) soll sicherstellen, dass zusätzlich 13.000 Pflegestellen in der Altenpflege und weitere zusätzliche Pflegestellen in den Krankenhäusern eingerichtet werden. Diese Maßnahmen werden nicht nur die Personalausstattung, sondern auch die pflegerische Versorgung in der Kranken- und Altenpflege verbessern. Die Mehrausgaben, die auch in den Pflegeeinrichtungen ausschließlich von den Krankenkassen zu tragen sind, werden bis einschließlich 2022 auf fast neun Milliarden Euro geschätzt. Am stärksten schlagen dabei die rund 640 Millionen Euro jährlich für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen nieder. Auf die Pflegeversicherung kommen im gleichen Zeitraum insgesamt 900 Millionen Euro zusätzlich an finanziellen Aufwendungen zu.

Gute Aussichten: Schulgeld entfällt

Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) hatte der Gesetzgeber in der vergangenen Legislaturperiode ein Gesetz vorgelegt, dessen Umsetzung jetzt ansteht und das die bisherigen Berufsgesetze in der (Kinder-)Krankenpflege und in der Altenpflege ablöst. Damit wurde auch die Finanzierung der Ausbildung für die Pflegeberufe neu gestaltet, so dass die theoretische Ausbildung an Pflegeschulen nun nicht mehr von den Auszubildenden zu bezahlen



FOTO Colares-pic – fotolia by Albbie

ist. Auch liegen die Kosten der praktischen Ausbildung jetzt nicht mehr ausschließlich bei der Ausbildungsstätte, wie Krankenhäuser und Pflegeheime, refinanziert durch Kranken- und Pflegekassen. Stattdessen werden in allen Bundesländern sogenannte Ausbildungsfonds eingerichtet. In diesen Fonds zahlen alle Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen,

»Wir halten Wort. Mit der Verabschiedung des Pflege-Sofortprogramms... lösen wir das Versprechen an alle Pflegekräfte in Deutschland ein, ihren Berufsalltag konkret zu verbessern.«

Jens Spahn, CDU, Bundesgesundheitsminister

das Land und die soziale Pflegeversicherung ein. Das Geld bekommen die Ausbildungsstätten und Schulen. Im Moment verständigen sich alle Beteiligten in Mecklenburg-Vorpommern darüber, wie die theoretische Ausbildung in den Pflegeschulen sowie die Praktika verfahrenstechnisch in Einklang zu bringen sind. Dem vdek ist dabei wichtig, dass das Verfahren die Pflegebedürftigen in den Heimen nicht zusätzlich belastet, denn diese zahlen bisher schon über das Heimentgelt einen Teil der Kosten. Außerdem setzt er sich für ein möglichst verwaltungswarmes Verfahren ein. ■

LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ

Prävention bedeutet auch Vernetzung

So wie in einem Haus verschiedene Menschen zusammenleben, ist die Kommune ein Ort unterschiedlichster Lebenslagen, Akteure und Chancen. Nicht von ungefähr hieß deshalb das Motto der Konferenz: Unter einem Dach.

Zur Einstimmung in das Thema sprach das Vorstandsmitglied der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) Dr. Reinhard Dettmann in seinem Vortrag über die Schwierigkeit der Bürgermeister, Prävention als ureigene, wichtige Aufgabe in der Kommune zu verankern. Als Vorsitzender des Städte- und Gemeindetages in Mecklenburg-Vorpommern und Bürgermeister a. D. (Teterow) weiß er, wo der Schuh drückt. Es seien schon viele gute Präventionsprojekte auf den Weg gebracht worden, aber, man müsse noch mehr miteinander kommunizieren, sich besser vernetzen, so sein Appell. Auch LVG-Geschäftsführerin Charlotte Lazarus setzte den Fokus auf die Kommune, als zentralen Ort für Gesundheitsförderung. Gleichzeitig skizzierte sie den Auftrag der LVG, Ansprechpartner für örtliche Akteure und Einzelpersonen in Sachen Gesundheitsförderung zu sein.

Wichtige Dinge auf den Weg gebracht

Minister Harry Glawe (CDU), der sich es auch in diesem Jahr nicht nehmen ließ, wieder an der Konferenz teilzunehmen, dankte zunächst allen Akteuren für ihren Einsatz in Sachen Prävention. Danach stellte er auf die für ihn wichtigen Themen landesweites Impfen, betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in den Kommunen ab und betonte, dass wir schon auf dem richtigen Weg seien. Er verwies auf die für ihn gute Datenlage aus Studien und Gesundheitserhebungen, aus denen man nun konkrete Maßnahmen ableiten müsse. Im Beisein von Landrat Sebastian Constien (SPD) überreichte er anschließend zusammen mit den Stiftern die diesjährigen Landespräventionspreise. Der vdek stiftete wie im vergangenen Jahr den Preis in der Kategorie „Gesund Aufwachsen“ (siehe Kasten). ■

PRÄVENTIONSPREIS

Mit Herz und Hand



GEWINNER IN DER KATEGORIE „GESUND AUFWACHSEN“: Das Boot e. V. (Wismar) – Barbara Zölch und Laudator Dr. Bernd Grübler (vdek)

Wenn ich zu Ihnen sage: „Das Boot“, dann denken sie bestimmt an den legendären Filmklassiker von Wolfgang Petersen. Viele werden das Boot aber auch als Metapher verstehen, für: Wir sitzen alle im selben Boot, haben das gleiche Ziel. Ein solches Projektziel heißt „Patenschaften mit Herz und Hand“. Hier geht es um emotionale Zuwendung und gleichzeitig um aktive Unterstützung. Der Verein fungiert als Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche, aber auch deren Familienangehörige, die selbst psychisch erkrankt sind oder diese Erkrankung tagtäglich in der Familie erleben. Im konkreten Projekt für den Präventionspreis geht es um ein niederschwelliges Patenprogramm, um Kindern aus belasteten Familien positive Erfahrungen zu vermitteln, ihnen einen stabilen Ansprechpartner zur Seite zu stellen, mit dem sie ihre Sorgen und Nöte besprechen können. Sie leisten unheimlich viel für eine konkrete, einfühlsame Eltern-, Familien- oder Einzelberatung. Um all das zu verwirklichen muss es ein engagiertes, gut organisiertes Team geben, das viel Zeit und Kraft in diese vielen Aufgaben steckt. Jetzt will ich es kurz machen: Der diesjährige Präventionspreis in der Kategorie „Gesund Aufwachsen“ geht an den Wismeraner Verein – Das Boot!

Auszug aus der Laudation



AKTIVITÄTEN GEEHRT: Präventionspreisträger und Stifter (in der Mitte: Gesundheitsminister Harry Glawe, CDU)

Wegweiser für zentrale Verbesserungen

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) fordern eine Offensive für die Patientensicherheit. Mit Prof. Dr. Matthias Schrappe von der Universität zu Köln haben sie das „Weißbuch Patientensicherheit“ vorgestellt.



FOTO: spornatphoto - fotolia by Adobe

In Sachen Patientensicherheit ist in den letzten Jahren schon einiges erreicht worden. Dennoch gibt es erheblichen weiteren Verbesserungsbedarf in allen Bereichen des Gesundheitswesens. In Krankenhäusern beispielsweise verlaufen 90 bis 95 Prozent aller Krankenhausbehandlungen ohne Zwischenfälle. Bei fünf bis zehn Prozent (ein bis zwei Millionen Patienten) pro Jahr treten dagegen „unerwünschte Ereignisse“ auf, von Druckgeschwüren über Fehldiagnosen bis hin zu schweren Infektionen. Vermeidbar wären bis zu 800.000 dieser „unerwünschten Ereignisse“, zeigt das Weißbuch.

Patientensicherheit wird heute fast ausschließlich aus der Perspektive der Einrichtungen und für operative Akuterkrankungen, wie zum Beispiel Komplikationen einer „Hüft-OP“, diskutiert. „Patientensicherheit ist jedoch mehr als die Vermeidung bestimmter Komplikationen“, so Weißbuch-Autor Schrappe. „Sie muss auch als Eigenschaft von Teams, Organisationen und sogar des gesamten Gesundheitswesens verstanden werden. Ihre Innovationskraft ist in den Dienst der Verwirklichung dieses Ziels zu stellen.“

Im Weißbuch Patientensicherheit werden unter anderem ein erweitertes Verständnis von Patientensicherheit, eine Patientensicherheitskultur in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine aktive Einbindung der Patienten gefordert. APS und vdek formulierten zudem sieben konkrete Forderungen und rufen zu einer Patientensicherheitsoffensive auf.

»Dieses Engagement in Sachen Qualität wollen wir fortführen.«

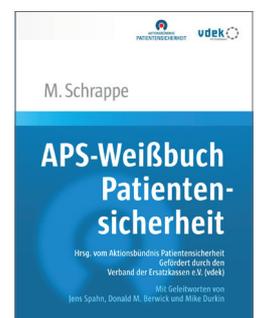
Ulrike Elsner, vdek-Vorstandsvorsitzende

Das APS hatte das Projekt der Erstellung des Weißbuchs ins Leben gerufen und intensiv begleitet. Im Rahmen der Patientensicherheitsoffensive fordert das APS unter anderem, dass Patientensicherheit fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung aller im Gesundheitswesen Tätigen wird und Verantwortliche für Patientensicherheit eingerichtet werden.

Handlungsbedarf bei Hygiene und Infektionsprävention

„Für die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit setzen sich die Ersatzkassen seit Jahren ein“, sagt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Dieses Engagement in Sachen Qualität wollen wir fortführen und fördern daher das Projekt Weißbuch.“ Handlungsbedarf sieht Elsner insbesondere im Bereich der Hygiene und Infektionsprävention. Im Forderungspapier von APS und vdek finden sich hierzu Maßnahmen von einer bundeseinheitlichen Hygienerichtlinie bis zu einer Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sepsis als Notfall. Zudem fordert Elsner die verpflichtende Einführung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen an allen Krankenhäusern sowie die Einbeziehung der Erfahrungen von Patienten und Angehörigen durch Fragebögen, um Fehlerquellen aufzudecken. Zudem sei die Einführung eines Implantatregisters für sämtliche Hochrisikomedizinprodukte (etwa Herzklappen) längst überfällig.

www.aps-ev.de/aps-weissbuch/



INTERVIEW

„Agenda zur Patientensicherheit“

Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS), im Gespräch über das Weißbuch.

Das APS setzt sich für die Verbesserung der Patientensicherheit ein. Wie lautet dabei Ihre Prämisse?

Nur wer anerkennt, dass Fehler passieren, dass Strukturen und Prozesse zu vermeidbaren Patientenschäden führen, kann Fehlerursachen finden und abstellen. Aus dieser Überlegung heraus haben sich im Jahr 2005 Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und der Patientenorganisationen im APS zusammengeschlossen, um Beteiligte und Betroffene zusammenzubringen, damit Lösungen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit von der Praxis für die Praxis entwickelt und verbreitet werden.

Was wurde seit Gründung des APS erreicht?

Viel! Mittlerweile sind Maßnahmen wie OP-Checklisten, Vorkehrungen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen oder auch die Aktion Saubere Hände zur Verbesserung des Bewusstseins für Hygiene in vielen Einrichtungen ganz selbstverständlich Teil des Krankenhausalltags. Fehlermeldesysteme und verpflichtendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement stehen im Gesetz. Trotzdem: Zu vieles wurde noch nicht erreicht! Deshalb hat sich das APS entschlossen, mit dem Weißbuch eine Agenda zur Patientensicherheit zu entwickeln. Für dieses Projekt haben wir zwei starke und unverzichtbare Partner gefunden: Zum einen Prof. Dr. Matthias Schrappe von der Universität zu Köln. Er hat als Autor des Weißbuchs in herausragender Weise die Aufgabe erfüllt, nicht nur eine präzise und fundierte Analyse der Ist-Situation zu liefern, sondern auch Ansätze dafür, was in Zukunft noch besser gemacht werden kann. Sein Konzept der komplexen

Mehrfachinterventionen ist wegweisend. Zum anderen den vdek, der weit mehr ist als nur ein Geldgeber für das Projekt. Denn als großer Krankenkassenverband hat er die Chance, die entwickelten Ansätze auch in die Versorgung mit einzubringen.

Was ist für Sie die wichtigste Forderung?

Wir als APS möchten die Einbindung von Patienten und Angehörigen an die erste Stelle rücken. Es ist an der Zeit, die Patientenrolle mit Blick auf die Patientensicherheit neu zu definieren. Der Ethikrat hat in seinem vielbeachteten Statement zum Patientenwohl als ethischen Maßstab im Krankenhaus den Begriff der selbstbestimmungsermächtigenden Sorge geprägt. Dieser Gedanke gilt auch für die Patientensicherheit: Patienten und ihre Angehörigen müssen mit allen Mitteln in die Lage versetzt werden, zu ihrer eigenen Sicherheit beitragen zu können. Dazu gehören gute Aufklärung, intensive Kommunikation und Anleitung, und patientenverständliche und -orientierte Informationen. Im Sinne der komplexen Mehrfachinterventionen ist auf dem Weg zu diesem Ziel nicht nur das APS gefragt, den Professionellen im Gesundheitswesen ebenso wie den Patienten unterstützende Materialien zur Verfügung zu stellen. Es sind gleichsam regulatorische Vorgaben über Gesetzgeber und den Gemeinsamen Bundesausschuss nötig.

An welche Vorgaben denken Sie?

Damit komme ich zur zweiten Forderung: Dass die Bedeutung guter Kommunikation und auch Techniken und Erfahrung im Umgang mit Patienten im Medizinstudium nicht fehlen dürfen, haben wir als APS im Jahr 2017 mit dem Schwerpunkt „Patientensicherheit und



FOTO Natascha Zhadnovic

HEDWIG FRANÇOIS-KETTNER, Vorsitzende des APS

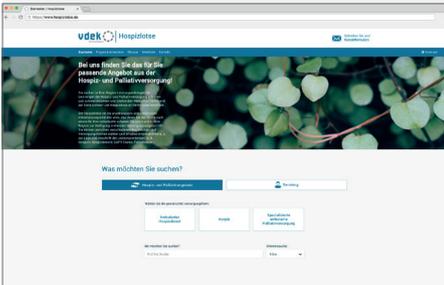
Kommunikation“ vielfach beschrieben und setzen die Bemühungen darum fort. Genauso Patientensicherheit: Diese muss integraler Bestandteil der Ausbildung in allen Gesundheitsberufen werden, ganz im Sinne der im Weißbuch entwickelten Definition von Patientensicherheit als Fähigkeit, immer neue Verbesserungspotenziale zu erkennen und zu nutzen. Und ebenso, wie Patientensicherheit nicht in einer einzigen Anstrengung herstellbar ist, sondern der täglichen, kontinuierlichen Anstrengung bedarf, muss dieses Thema auch im Rahmen des lebenslangen Lernens am Arbeitsplatz in Fort- und Weiterbildungen immer wieder aktualisiert werden.

Wie kann das am besten gelingen?

Dass Patientensicherheit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens immer neu evaluiert, weiterentwickelt und durchgesetzt werden muss, geschieht nicht von allein. Jemand muss die Ressourcen dafür einfordern und zur Verfügung stellen. Deshalb ist eine dritte Forderung die Einrichtung von Verantwortlichen für die Patientensicherheit. Wir möchten damit zum Ausdruck bringen, dass Patientensicherheit nachdrücklich und verantwortlich in die Führungsebene jeder Organisation im Gesundheitswesen gehört. (rn) ■

HOSPIZLOTSE

Neue Online-Suche eingerichtet



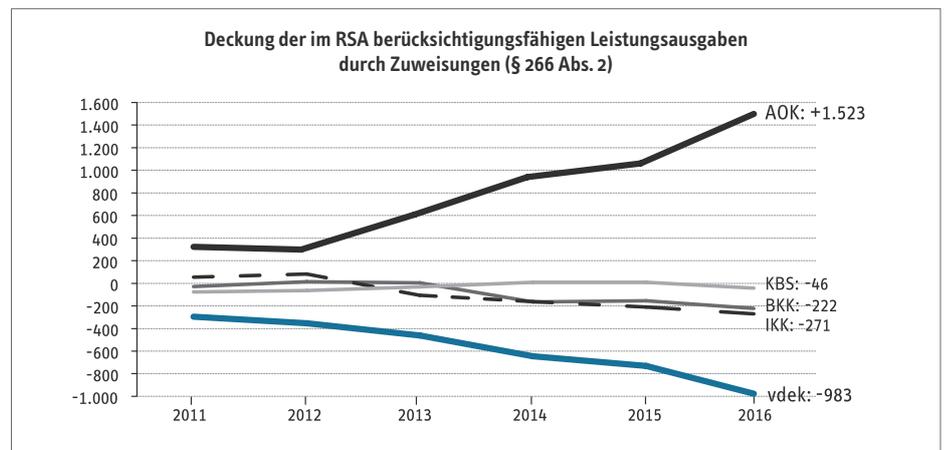
SCREENSHOT: wick

Der Verband der Ersatzkassen hat vor wenigen Wochen den „Hospizlotsen“ gestartet. Hier können schwerkranke Menschen bzw. ihre Angehörigen auf eine Suchmaschine zugreifen und passende Hospiz- bzw. Palliativangebote finden. Das Portal www.hospizlotse.de verzeichnet bundesweit mehr als 1.000 ambulante Hospizdienste und etwa 260 stationäre Hospize, davon 19 für Kinder und Jugendliche. Alleine in Mecklenburg-Vorpommern gibt es 90 verfügbare Plätze in Hospizen um sterbende Menschen auf ihrem Letzten Weg zu begleiten. Mit dem Hospizlotsen bauen die Ersatzkassen ihr Angebot an Suchmaschinen weiter aus. Bisher betreiben sie mit dem Arztlotsen, einem Kliniklotsen und dem Pflegebotsen drei weitere Internetportale, die die entsprechende Suche für Interessierte und Betroffene vereinfacht. Im Hospizlotsen erhält der Nutzer mittels eines Antwortkatalogs zu häufig gestellten Fragen außerdem Informationen zu den hinterlegten Versorgungsangeboten. Darüber hinaus gibt es Verlinkungen zu anderen Internetseiten, die Antworten bei weiteren Fragen zur Versorgung bieten. Beispielhaft sei auf die Seite des Hospiz- und Palliativ-Verbandes e. V. (DHPV) verwiesen, der ein enger Kooperationspartner des vdek ist.

RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Ohne Regionalkomponente geht es nicht!

Die Notwendigkeit einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wird kaum noch in Frage gestellt. Mittlerweile geht es eher um das Wie. Dafür müssen zwingend regionale Verwerfungen ausgeglichen werden.



QUELLE: vdek

DER MORBI-RSA BENACHTEILIGT systematisch Krankenkassen im Wettbewerb

Der Morbi-RSA funktioniert heute nicht mehr so, wofür er vor Jahren eingerichtet wurde. Er sollte die Risiken für unterschiedliche Krankheitslasten der jeweiligen Versicherten durch einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen minimieren und damit faire Wettbewerbsbedingungen für diese garantieren. Diverse Fehlsteuerungen haben über die Jahre jedoch zu erheblichen Verzerrungen geführt. Die Deckungsbeiträge, das heißt die Aufwendungen der Kassen für die Versorgung ihrer kranken Versicherten und die entsprechenden Zuweisungen aus dem zentralen Gesundheitsfonds sind auseinander gelaufen.

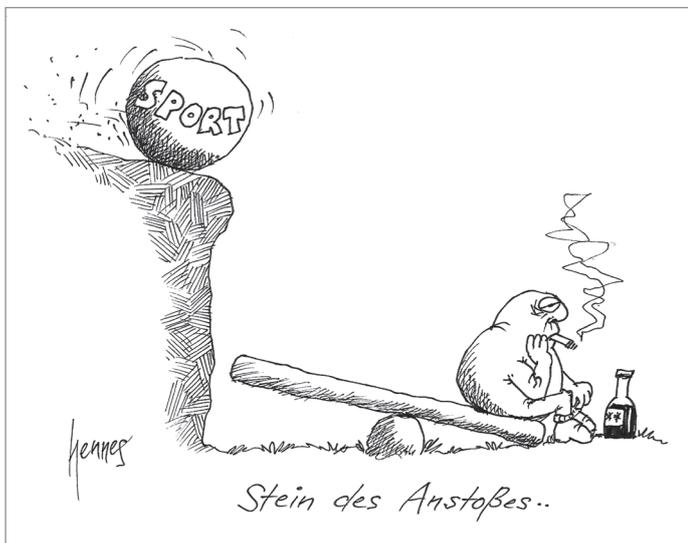
Die „Schere“ muss sich schließen

Die Spannweite liegt mittlerweile bei 2,5 Milliarden Euro. Von dieser Schiefehle sind die Ersatzkassen in besonderem Maß betroffen (vergl. Grafik). Die Politik hat den notwendigen Reformbedarf inzwischen erkannt. So soll der Morbi-RSA bis Ende

nächsten Jahres auf der Grundlage von zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates weiterentwickelt werden. Auch die Ersatzkassen haben auf der Basis der aktuellen Entwicklungen ihre Forderungen zum Morbi-RSA präzisiert. Neben der Beseitigung der angesprochenen Über- bzw. Unterdeckungen und der Einrichtung eines Hochrisikopools für seltene und schwere Krankheiten betrifft dies vor allem die Einführung einer Regionalkomponente.

Denn regional gibt es gegenwärtig große Unterschiede bei den Zuweisungen. So bekommen Krankenkassen zum Beispiel pro Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern etwa 260 Euro weniger aus dem Gesundheitsfonds, als sie für die Versorgung benötigen, während in anderen Landstrichen die Ausgaben für durchschnittlich jüngere, gesündere Versicherte mit über 300 Euro überfinanziert werden. Diese Differenzen auf der Einnahmenseite müssen regional nivelliert werden, was die Einführung einer entsprechenden Ausgleichskomponente erforderlich macht. ■

Neue Ziele fürs Land



GRAFIK: Hans Biedermann

Der Landespräventionsplan aus dem Jahr 2008 ist „in die Jahre gekommen“. Deshalb kommt es nicht von ungefähr, dass sich die Mitglieder des Aktionsbündnisses Gesundheit eine Zeit lang nicht verständigen konnten, ob die gestellten Ziele erfüllt waren und wie es weiter gehen sollte. Fakt ist: Die Arbeitsgruppen für die Handlungsfelder Ernährung, Förderung von Bewegung und Seelische Gesundheit in den Präventionssettings Kindertagesstätten, Schule, Arbeitswelt und Kommune haben gut gearbeitet und eine Reihe von richtungsweisenden Empfehlungen erstellt. Das gilt ebenso für die Bearbeitung von Kindergesundheitszielen, die auch auf der Agenda standen. Mit dem Präventionsgesetz wurden jedoch neue Rahmenbedingungen geschaffen. Deshalb beschlossen die Mitglieder ihre Aktivitäten neu auszurichten. Es wurde vereinbart, die Gesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern neu zu definieren, ausgerichtet an der Nationalen Präventionsstrategie der BRD. Die neuen Arbeitsgruppen Gesund Aufwachsen, Gesund Leben und Arbeiten und Gesund Älterwerden sollen bis zum Herbst nächsten Jahres unter der Leitung erfahrener Präventionsstrategen Gesundheitsziele erarbeiten. Diese werden dann im Plenum diskutiert und verbindlich vereinbart. Die neue Ausrichtung der Arbeitsgruppen im Gesundheitszieleprozess berücksichtigt eine präventive Intervention über die verschiedenen Lebensphasen der Bürger und ist besonders auf ein Agieren in den Kommunen ausgerichtet. Klar ist, dass man sich bei der Zieleauswahl nur auf die wichtigsten fokussieren kann und auf solche, deren Wirksamkeit möglichst nachzuweisen ist. Eine ebenfalls im Plenum beschlossene Steuerungsgruppe aus Vertretern des Gesundheitsministeriums, der gesetzlichen Krankenkassen sowie weiterer, kompetenter Experten für Gesundheitsförderung und Prävention soll diesen Zielfindungsprozess begleitend steuern.

Klinikkosten in M-V unter dem Durchschnitt

Krankenhausaufenthalte sind in Deutschland im vergangenen Jahr erneut teurer geworden. Allerdings fiel dieser Anstieg für M-V am geringsten aus. Bundesweit kostete ein stationärer Behandlungsfall im Durchschnitt 4.695 Euro. Das ist ein Anstieg um 4,4 Prozent. In M-V waren es 4.411 Euro. Die Gesamtausgaben in M-V für die stationäre Betreuung betragen im Jahr 2017 etwa 2,1 Milliarden Euro.

Hohe Inanspruchnahme bei Grippeimpfungen

Nach Aussagen der Apotheker gibt es aktuell besonders viele Menschen, die sich gegen Grippe impfen lassen. Die Krankenkassen bemühen sich immer frühzeitig mit den Apothekerverbänden in Berlin, Brandenburg und M-V um Liefersicherheit. Sie gehen davon aus, dass die Impfung insbesondere für den empfohlenen Versichertenkreis (z. B. Rentner) sichergestellt ist.

Schulgeldfreiheit in der Pflege

Pflegeschüler an Schulen in privater Trägerschaft müssen ab dem nächsten Jahr kein Schulgeld mehr zahlen. Das beschloss der Landtag in M-V. Die Schulgeldfreiheit betrifft ca. 880 Pflegeschüler aller drei Ausbildungsjahre. Bis zu 1,4 Millionen Euro werden voraussichtlich für die Umsetzung der Schulgeldfreiheit benötigt.

Frühzeitige Planungssicherheit

Die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern haben sich in einer intensiv geführten Verhandlung viel früher als in der Vergangenheit auf den Landesbasisfallwert für das nächste Jahr in Höhe von 3.529,85 Euro verständigt. Der Landesbasisfallwert (LBFW), der den landeseinheitlichen Verrechnungspreis für alle Krankenhausleistungen darstellt und immer auf den Wert des vorhergehenden Jahres aufsetzt, wird durch zum Teil komplizierte bundesgesetzliche Rahmenbedingungen diktiert. Das erschwert normalerweise Jahr für Jahr die Konsensfindung. Der diesjährige Kompromiss war nicht zuletzt deshalb möglich, weil sich die Vertragspartner von einer möglichst optimalen stationären Versorgung der Patienten in unserem Bundesland leiten ließen.

