

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **RETTUNGSDIENST** Krankenkassen ziehen Notbremse | **PFLEGEHEIME** Notensystem überarbeitet  
**ÄRZTLICHES HONORAR** Mit dem Kopf durch die Wand | **KRANKENHÄUSER** Finanzspritze löst nicht Probleme

## SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . OKTOBER 2013

### STRUKTURFONDS

## Niederlassung von Landärzten unterstützt



FOTO: althoff - Fotolia.com

Die Niederlassung von Landärzten wird in Sachsen durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung seit 2004 gefördert. Seit letztem Jahr geschieht das durch einen extra Topf, den Strukturfonds. Rund 883.000 Euro, das sind ein Drittel der möglichen Gelder, konnten im Startjahr des Fonds vergeben werden. Der größte Teil mit 512.000 Euro entfiel auf Soforthilfen in Form von Investitionskostenzuschüssen bei Übernahme und Neugründung von Praxen sowie Mindestumsätzen. Mit 371.000 Euro wurde die Bindung ärztlichen Nachwuchses an Sachsen unterstützt, so unter anderem ein Projekt für im Ausland Studierende. Nach abgeschlossener Facharzt Ausbildung wird sich zeigen, ob hier die Finanzmittel wirken wie angedacht. Frühestens in fünf Jahren werden die ersten Geförderten über ihre Niederlassung entscheiden.

### GESUNDHEITSPOLITIK

## Beitragssatz kassenindividuell festlegen

Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems fokussieren die Ersatzkassen auf die Ausgestaltung der Versorgung und die Finanzarchitektur. Sie wollen die Versorgungsqualität ausbauen, die Selbstverwaltung stärken und die Beitragssatzautonomie herstellen.

**D**er Wahlkampf ist vorbei, der Bundestag gewählt. Wenn alle Gremien und Stühle wieder besetzt sind, wird auch das Gesundheitssystem auf die Tagesordnung des Politikbetriebs kommen. Ein Positionspapier der Ersatzkassen formuliert Vorschläge für die neue Legislaturperiode.

### Qualität medizinischer Versorgung erhöhen

Deutschland besitzt eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Nach wie vor aber bleibt die Versorgung der Menschen unter ihren Möglichkeiten. Handlungsbedarf besteht etwa bei der Vorbeugung von Krankheiten, der Über-, Unter- und Fehlversorgung und zu wenig Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Therapeuten.

Um der Versorgungsqualität einen höheren Stellenwert zu geben, muss an verschiedenen Punkten angesetzt werden. Der medizinisch-technische Fortschritt soll einen Zusatznutzen schaffen. Neue

Arzneimittel, Diagnostika und Therapien sind einer konsequenten Nutzenbewertung zu unterziehen. Bringt die neue Tablette weniger Nebenwirkungen, wird der Patient schneller gesund? Oder ist sie bloß eine teure „Scheininnovation“?

Seit Jahren nimmt die Zahl von Herz-, Knie- und Rückenoperationen zu. Häufig sind diese Eingriffe medizinisch nicht nötig. Deshalb müssen ökonomische Fehlansätze beseitigt werden. Patienten und Krankenkassen brauchen mehr aussagekräftige Qualitätsbewertungen des Leistungsgeschehens. Damit Qualität steigt, sollte Spezialwissen gebündelt werden. Bei der stationären Versorgung beispielsweise in ausgewählten Schwerpunktkliniken.

Die Qualitätsanforderungen des ambulanten und des stationären Sektors müssen sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Dazu gehören nicht zuletzt die Etablierung von Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich und die Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätskriterien. Zudem muss die Versorgungsstruktur der älteren Bevölkerung angepasst werden. Im



# Die Debatte geht erst los

FOTO vdek



von  
SILKE HEINKE  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Sachsen

Eine Auseinandersetzung um Gesundheit war der Bundestagswahlkampf sicher nicht. Die Wahlplakate widmeten sich meist anderen Themen. Den gleichen Eindruck hinterließen die Kandidaten. Gesundheitspolitik blieb im Wahlkampf 2013 von untergeordneter Bedeutung. Das mag eine wahltaktische Entscheidung gewesen sein. Von Gesundheitsreformen erwarten nach Auffassung der Demoskopien die Bürger für gewöhnlich nichts Gutes. Sie befürchten Kürzungen im Leistungsniveau. Die weitgehende Ausklammerung von Gesundheitspolitik dürfte vor allem der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldet sein. Die Kassen sitzen auf einem Finanzpolster in Milliardenhöhe. Eine Kostendämpfungsreform, wie vor Jahren regelmäßig zu erleben, drängt nicht die Politik. Der Eindruck, die Parteien hätten deshalb das Gesundheitswesen nicht auf der Agenda, täuscht allerdings. Die Wahlprogramme enthalten sehr wohl Vorstellungen, wo der deutsche Gesundheitsbetrieb reformiert werden soll. Der Koalitionsvertrag wird die Programme der Regierenden zu einem Fahrplan für die nächsten vier Jahre zusammenführen. Weil der Weg bis zum rechtskräftigen Gesetz weit ist, müssen die Koalitionäre zeitig aufbrechen. Damit wird die gesundheitspolitische Debatte nicht mehr lange auf sich warten lassen.



Krankenhaus sollte Standard sein, dass ältere Menschen durch Geriater mitbehandelt werden. Geriatrie Institut-sambulanzen müssen an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Bereich dazu beitragen, die Versorgungsqualität betagter Patienten zu verbessern.

## Selbstverwaltung stärken

In Deutschlands treffen die an der Versorgung Beteiligten – Ärzte, Kliniken und Krankenkassen – maßgebliche Entscheidungen im Gesundheitswesen selbst. Sie handeln die Verteilung der finanziellen Mittel und die Leistungsansprüche aus. Mit dem Selbstverwaltungssystem unterscheidet sich das deutsche Gesundheitswesen von privatwirtschaftlichen wie der USA und staatlich organisierten Systemen, wie es etwa Großbritannien hat. Hier werden weder Menschen von der Versorgung ausgeschlossen noch hängt die Versorgung von der staatlichen Haushaltslage ab. Das Selbstverwaltungsprinzip bietet die besten Voraussetzungen für eine hochwertige und bezahlbare medizinische Versorgung aller Versicherten.

Die Politik agiert gegenüber der Selbstverwaltung widersprüchlich. Sie überträgt ihr immer neue Aufgaben. Parallel schränkt sie den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung ein. Damit die Selbstverwaltung effizient arbeiten kann, sind präzise

gesetzliche Vorgaben und klare Zuständigkeitsregelungen notwendig.

## Finanzierung auf neue Beine stellen

Hierzu gehört, die Finanzierung in die Hände der Selbstverwaltung zu geben. Mithilfe eines kassenindividuellen, einkommensabhängigen Beitragssatzes kann die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen passgenauer justiert werden. Zusatzbeiträge und Prämien haben sich aus Sicht der Ersatzkassen weder als Finanzierungsinstrument noch als Wettbewerbsinstrument bewährt. Sie würden entfallen. Das bedeutet nicht notwendigerweise eine Abkehr vom Gesundheitsfonds. Mit der Festlegung eines allgemeinen Basisbeitragssatzes, den alle Kassen in gleicher Höhe an ihn abzuführen haben und der unterjährig angepasst werden kann, lässt sich die Finanzierung weiterhin über den Fonds abwickeln. Dieser verteilt die eingegangenen Beiträge und Steuermittel über den morbiditätsorientierten Risikoausgleich an die Kassen.

Darüber hinaus muss die paritätische Finanzierung wieder hergestellt werden. Arbeitgeber und Versicherte sollten sich zu gleichen Teilen beteiligen. Die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, die schnelle und umfassende Versorgung im Krankheitsfall sind elementare Leistungen, die zur Sicherung der Arbeitskraft beitragen. ■



FOTO Buntzeit

WAHLPLAKATE in Dresden

# Krankenkassen ziehen Notbremse

Weil örtliche Mediziner nicht alle Notarzt-Schichten absichern konnten, sollten Kollegen eines Personaldienstleisters aushelfen. In letzter Minute wurde der Einsatz abgesagt.

Die schwierige Lage in Bereichen der notärztlichen Versorgung in Sachsen hat sich im Sommer zugespitzt. In den ersten Monaten dieses Jahres konnten mit regionalen Abweichungen landesweit nur 95 Prozent der Dienste mit Notärzten besetzt werden. Das entspricht einem Minus von zwei Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr. Die mit der Sicherstellung der Versorgung betrauten Krankenkassen zogen daraufhin die Notbremse. Die in ihrem Auftrag tätige Arbeitsgemeinschaft notärztliche Versorgung (ARGE NÄV) verpflichtete einen Personaldienstleister aus Westfalen.

Die Zuspitzung zeichnete sich seit längerem ab. Obwohl es in Sachsen mit 2.000 Medizineren genügend Notärzte gibt, finden sich immer weniger für die Dienste bereit. Die meisten Ärzte sind an Krankenhäusern tätig. Veränderte Arbeitszeitgesetze und andere Prioritätensetzungen der Kliniken schränken die Möglichkeit, nebenher als Notarzt arbeiten zu können, zunehmend ein.

## Keine Kalkulation mit Lücken

„Mit der beginnenden Ferienzeit registrierten wir weiter steigende personelle Ausfälle“, sagt Markus Cording, Geschäftsführer der ARGE NÄV. Für die Notarztstandorte in Chemnitz, Dresden, Limbach-Oberfrohna und Mittweida-Mittelsachsen wurden deshalb Mitte Juli die Dienstpläne außer Kraft gesetzt. Honorarärzte sollten alle Schichten in den Monaten August bis Oktober übernehmen. „Der Einsatz des Personaldienstleisters war das äußerste Mittel“, betont Cording. „Wir setzen unverändert auf die Ärzte vor Ort. Doch mit den steigenden unbesetzten



FOTO Bunnel

IMMER HÄUFIGER: Notarzdienste bleiben unbesetzt.

Diensten sind wir dem Versorgungsauftrag gegenüber der Bevölkerung nicht mehr gerecht geworden.“ Nicht immer kann im Ernstfall der Nachbarstandort einspringen.

Der Personaldienstleister betreibt seit März dieses Jahres bereits den Notarzt-Standort in Riesa. Mit hoher Qualität, so der ARGE-Geschäftsführer. Auch bei der letzten Hochwasserflut stellte er Ärzte bereit. Durch die Übernahme zusätzlicher Standorte hätten fünf von 80 sächsischen Notarzt-Standorten zeitlich befristet unter seiner Regie gestanden.

Dazu kam es nicht. Die Entscheidung, in größerem Umfang Honorarärzte einzusetzen, rief heftigen Widerstand hervor. Notärzte drohten auszusteigen, die Gewerbeaufsicht wurde eingeschaltet, die Qualifikation der Honorarärzte bestritten und höhere Zugangsvoraussetzungen erstritten. Genauso gab es Zuspruch. Auch dafür, gegebenenfalls den Notärzte-Pool des Dienstleisters ebenso andernorts zu nutzen. Die „Rettungsdienst-Welt“ war geteilt.

## Anzeichen einer Wende zum Positiven?

Kurz bevor die auswärtigen Ärzte eintreffen sollten, fanden beide Seiten einen Kompromiss, der einen Ausweg bot. An den betroffenen Standorten gelang den ärztlichen Leitern Rettungsdienst, die Dienstpläne an den fraglichen Standorten doch noch vollständig zu besetzen. „Engagement hat es in dieser Form noch nie gegeben“, erklärt Cording. „Ich hätte es mir eher gewünscht. Dann wären wir nicht gezwungen gewesen, den Personaldienstleister um Unterstützung zu ersuchen.“ Die Kassen nahmen die Beauftragung des Personaldienstleisters zurück.

Über die vier Standorte hinaus zeigten die Ereignisse im Freistaat Wirkung. Die Zahl der unbesetzt gemeldeten Dienste ging im August um die Hälfte zurück. „Die Krankenhäuser nehmen sich mit Ernsthaftigkeit des Themas an. Die Aussichten stehen gut, dass drei der sechs Notarztstandorte in der Landeshauptstadt durch Klinikärzte abgesichert werden“, sagt Cording.

## »Wir setzen auf die Notärzte vor Ort. Der Einsatz des Personaldienstleisters war das äußerste Mittel.«

Die Uniklinik Dresden sichert einen Standort mit eigenem Personal, das Krankenhaus Dresden-Neustadt verhandelt wegen eines zweiten Standorts. Das Krankenhaus Hartmannsdorf übernahm sämtliche Tagdienste in der dortigen Wache. „Wir beobachten Anzeichen einer Wende zum Positiven. Jetzt muss dieser Trend stabilisiert werden.“ ■

# Überarbeitung in kleinen Schritten

Das 2009 eingeführte Pflegenoten-System wird reformiert. Eine Bundesschiedsstelle für Pflegekassen und Heimbetreiber hat jetzt eine Entscheidung herbeigeführt.

Das Notensystem war ein großer Schritt zu mehr Transparenz und Qualität in der Pflege. Pflegebedürftige und deren Angehörige erhielten eine wichtige Möglichkeit, sich über die Heime zu informieren. Bald zeigte sich jedoch ein Mangel: Defizite bei der Pflege konnten durch gute Noten bei der Ausstattung, Hygiene oder Verpflegung ausgeglichen werden. Die Pflegekassen drängten deshalb auf eine Weiterentwicklung des Bewertungssystems.

## Einige Kriterien besonders hervorgehoben

Künftig werden 21 Bewertungskriterien in der Veröffentlichung besonders hervorgehoben. Hierbei handelt es sich um besonders pflegerelevante Kriterien wie etwa die Vermeidung von Druckgeschwüren und Stürzen. Die Schiedsstelle konnte sich nicht dazu durchringen, die auch von den Ersatzkassen geforderte Gewichtung der Kernkriterien vorzunehmen. Einzelne Kriterien, die ohnehin jeder Einrichtung erfüllt – ob es etwa jahreszeitliche Feste gibt, wurden gestrichen. Damit verringerte sich die Gesamtzahl der in die Benotung einfließenden Kriterien von 82 auf nunmehr 77. Verändert wurde auch die Stichprobengröße. Wurden bisher zehn Prozent der Heimbewohner (mindestens fünf bzw. maximal 15) in die Stichprobe genommen, umfasst die Stichprobe künftig grundsätzlich drei Bewohner pro Pflegestufe und zwar unabhängig von der Einrichtungsgröße.

## 12 Monate Übergangszeit

Das überarbeitete Notensystem tritt ab 1.1.2014 in Kraft. Ab dann wird die Bewertung durch den Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung bzw. dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung nach der neuen Systematik vorgenommen und veröffentlicht. Für den Übergangszeitraum von zwölf Monaten, in dem Einrichtungen mit Ergebnissen nach alter und neuer Systematik veröffentlicht werden, wird gekennzeichnet, ob es sich um eine Prüfung nach alter oder neuer Art handelt. Die ersten Veröffentlichungen nach neuer Art werden bis Mitte 2014 erwartet. Sie dürften etwas anders ausfallen als bisher. Durch die mathematische Veränderung (s. Interview Prof. Engel) ist von realistischeren Einschätzungen der Pflegequalität auszugehen. Damit werden in Sachsen weniger Einrichtungen die Note „sehr gut“ erhalten. ■



KAUM UNTERSCHIEDE ERKENNBAR: Sachsens Heime erreichen im Durchschnitt die Note 1,0

DREI FRAGEN AN PROF. KATHRIN ENGEL, DIAKONIE DRESDEN

## Benotung sensibilisiert Pflegeheime

**vdek** Die Benotung bleibt. Auf Seiten der Heimbetreiber hatte es auch Stimmen für deren Abschaffung gegeben ...

**Kathrin Engel** Noten sind ein Aspekt von Qualität in der Pflege. Dieser Anhaltspunkt für Qualität wird von den Verbrauchern, unseren Kunden gewünscht. Die Benotung sensibilisiert die Heime, das heißt sie achten intensiver auf pflegerische Risiken.

**vdek** Für die Kassen ist ein Wehrmuts-tropfen, dass die Kernkriterien nicht größere Bedeutung erhalten. Für Sie auch?

**Kathrin Engel** Keine „aufgelegenen“ Bewohner, kein Durst, noch selber zur Toilette gehen – diese Dinge könnten

stärker gewichtet werden als jahreszeitliche Feste, weil sie wegen der zunehmenden Pflege- und Hilfedürftigkeit unserer Bewohner nicht selbstverständlich sind. Dennoch erwarte ich einen statistischen Effekt. Einige Strukturkriterien sind weggefallen und die Notenskala verschiebt sich – dadurch erhalten diese Kriterien „automatisch“ eine höhere Gewichtung.

**vdek** Kommt Ihnen die überarbeitete Stichprobenziehung entgegen?

**Kathrin Engel** Die einheitliche Stichprobe erleichtert die Vergleichbarkeit. Ich bin gespannt, wie das für den ambulanten Bereich umgesetzt werden soll.

# „Seife kann man riechen.“

Bei der Aktion „Perspektivwechsel“ werden die Rollen getauscht. Annett Lotze, Referatsleiterin Pflege in der vdek-Landesvertretung, half einer Alltagsbegleiterin im Radeburger Pflegeheim „Friedenshöhe“.

**N**och eine Schnitte? Die Marmelade ist von Ihrer Enkeltochter.“ – „Nein ich werde zu dick. Ich habe meinen Garten nicht mehr.“ – „Den Tee trinken Sie aber noch aus. Oder möchten Sie einen Kaffee?“

Anstatt im Büro sitze ich mit fünf alten Damen am Frühstückstisch im Altenheim der Diakonie Dresden und reiche Brot. Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen hat eingeladen, den Alltag sozialer Dienste und Einrichtungen „hautnah“ mitzuerleben.

## Weinernte und Bikiniwetter

Meine „Mentorin“ Viola Stöhr liest aus der Lokalzeitung vor. Von der Weinernte, einem Fahrraddieb, dem Wetter. „Heute scheint mal die Sonne, mal sind Wolken. Bis Samstag wird es jeden Tag ein Grad wärmer. Bikiniwetter.“ Die Frauen in der Runde kichern.

Die Zeitungsschau ist ein Fenster nach „draußen“, wie Besucher oder Feste. Früher war das Schlachtfest ein Höhepunkt im Jahr. Doch Schweine werden längst keine mehr gehalten. Die Menschen im Heim sind kränker als vor Jahren. Die übergroße Mehrheit der Bewohner ist dement.

Um die Frauen mit Rollstuhl und Rollator pünktlich zu einem Geburtstagsständchen zu bringen, müssen weitere Heimmitarbeiter mit anfassern. Ein Stockwerk tiefer gratuliert ein vielstimmiger Chor dem Jubilar. Wer kann, singt mit.

Achtzig Plätze bietet der „Friedensblick“, vier davon für die Kurzzeitpflege. Im letzten Jahr haben 80 Bewohner gewechselt. Manche bleiben nur wenige Tage im Heim. Immer mehr kommen erst,



KÜMMERT SICH UM DAS WOHLBEFINDEN: Alltagsbegleiterin Viola Stöhr

wenn ihr Leben zu Ende geht. Um ihre Lebensgeschichte und Bedürfnisse zu erfahren, verbleibt oft kaum Zeit.

## Erdmännchen an der Wand

Ein Herr im Pflegebett hat früher selber ein Familienmitglied gepflegt. Jetzt plagen ihn Schmerzen, er möchte nicht aufstehen. Viola Stöhr, die Alltagsbegleiterin, spricht ihm zu, plauscht über seine Frau. Die Blumen auf dem Fensterbrett werden gleich mit gegossen. „Ich tauche die bloß, ja? Morgen klebe ich Ihre Erdmännchen-Fotos an die Wand, versprochen.“

Frau Stöhr betreut 33 Bewohner. Jeder hat spezielle Wünsche. Der bettlägerige Herr freut sich, wenn sie ihm eine Creme auf die Beine streicht. Die kühlt, beruhigt. Andere aus der Gruppe wollen bei Musik entspannen. Zehn Minuten müssen für persönliche Zuwendung reichen. Die Nächsten warten.

Jeder Heimbewohner wird nach Möglichkeit mobilisiert. Unsere Gruppe macht gemeinsam Gedächtnis- und Sinnesübungen. „Fassen Sie richtig zu. Dann sehen Sie, was im Taschentuch versteckt ist.“ – Stolz Erstaunen bei einer Dame:

**»Wenn alle einmal gelacht haben, dann ist alles gut.«**

„Seife.“ – „Wenn man die Seife nicht erfühlen kann, kann man sie riechen. Wonach riecht Ihre Seife?“

Bis Mittag geht der Dienst. Sind die Bewohner nach dem Essen ins Bett gebracht, muss noch die Dokumentation erledigt werden. Die Nachmittagsschicht übernimmt eine Kollegin. „Wenn ich nach Hause gehe, und alle haben einmal gelacht, dann ist alles gut,“ sagt Viola Stöhr. ■

# Honorarrunde 2013: Mit dem Kopf durch die Wand

Die Honorargespräche für 2014 starten im Oktober. Die Runde zum aktuellen Jahr war keine Sternstunde für die Verhandlungskultur. Die Ärzte-Seite minimierte den Raum für Kompromisse.

**D**as Versorgungsstrukturgesetz wollte die Versorgungslage vor Ort mehr berücksichtigen. Was lag näher als die Honorarverhandlungen zu regionalisieren. Die Bundesebene soll einige grundsätzliche Vorgaben machen, die Landesebene dann die eigentlichen Verhandlungen über das ärztliche Honorar („Gesamtvergütung“) führen. In der Umsetzung wurde in Sachsen kaum noch verhandelt, sondern gefordert. Die gewonnene Landeskompetenz blieb hinter den Erwartungen.

Grundlage für die Verhandlungen 2013 war der auf Bundesebene im Oktober letzten Jahres vereinbarte Kompromiss zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband. Vereinbart wurde, dass das Honorar für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten um einen Korridorbetrag zwischen 1,15 und 1,26 Milliarden Euro steigen kann. Für Sachsen bedeutete das ein mögliches Plus um circa vier Prozent und ein für die Ärzte ansehnlichen Vergütungszuwachs.

## Extremforderungen vereiteln Kompromiss

Doch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) beabsichtigte nicht den Korridor mit Inhalten zu füllen. Sie sah ihn als Basis für weitere Forderungen. Um nochmals neun Prozent sollte

**»Das erste Praxisjahr brachte nicht die Aufgabenteilung zwischen Bund und Land, sondern eine Vermischung.«**

das Honorar steigen, was einen Zuwachs von insgesamt 160 Millionen Euro bedeutet hätte. Dass sich die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ansinnen schwer taten, dürfte verständlich sein. Gemeinsam einen Kompromiss zu finden war angesichts der Situation und den weit auszulegenden gesetzlichen Vorgaben nicht denkbar, ein Schiedsverfahren somit unausweichlich.

Die KVS scheute keine Mühen, um Fachleute aus der Ferne aufzubieten, die ihre Ansprüche untermauern sollten. Sie stieß eine Entwicklung an, von der die Botschaft ausging: Wir wollen nicht auf die Kompetenz der Bundesebene verzichten. Das erste Praxisjahr des Versorgungsstrukturgesetzes brachte damit bei den Honorarverhandlungen nicht die angedachte klare Aufgabenteilung

zwischen Bund und Land, sondern eine Vermischung. Anstatt mit regionalen Sachverständigen die Patientenversorgung zu gestalten, verfrachten sich die Gespräche in formalen Fragestellungen.

Ein erster Schiedsspruch vom 15.4.2013, wie berichtet, billigte eine Erhöhung der Gesamtvergütung über die in Berlin als Höchstwert gesetzten 4,19 Prozent um zusätzliche 2,81 Prozent (und 1,38 Prozent für die Psychotherapie). Gegen diese Entscheidung führen die Krankenkassen Klage, weil die KVS sofort ankündigte, den Differenzbetrag zwischen Forderung und Schiedsspruch in den Folgejahren einzufordern. Damit ist eine erneute Konfrontation für 2014 vorprogrammiert. Der zweite Schiedsspruch am 6.9.2013 ging zugunsten der Kassen aus. Die Erhöhung der Wegegelder für Hausbesuche ist vom Tisch.

## Alle Seiten nahmen Schaden

Bei den Honorarverhandlungen 2013 wurden alle Seiten beschädigt: Die KBV, der es nicht gelang, den Kompromiss auf Bundesebene als Erfolg den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vermitteln. Die KVS, die das Schiedsverfahren mit allen Facetten initiierte und als erste die Verhandlungskompetenz in die Hände der Bundesebene legte. Die Krankenkassen, denen der Spielraum für eine aktive Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung genommen wurde. Die Vertragsärzte, die aufgrund der Klage der Kassen über Jahre mit der Ungewissheit leben müssen, ob ihr Honorar für 2013 nachträglich korrigiert wird. ■



## KRANKENHÄUSER

## Wahlgeschenk: Finanzspritze für Kliniken



FOTO: Tobias Müller – Fotolia.com

**D**er Geldregen kam rechtzeitig vor der Bundestagswahl. Anfang August trat das Beitragsschuldengesetz in Kraft, das den Kliniken bis 2014 bundesweit 1,1 Milliarden Euro extra beschert. Für Sachsen bedeutet das eine Finanzspritze von über 55 Millionen Euro. Das ist mehr als die Hälfte dessen, was die Krankenhäuser dieses Jahr bereits durch Anhebung des Landesbasisfallwerts erhalten. Den Großteil des Wahlgeschenks trägt die gesetzliche Krankenversicherung.

Rund 27,5 Millionen Euro entfallen auf den sogenannten Versorgungszuschlag. Die Kliniken können ihre Rechnungen pro Fall pauschal um ein Prozent erhöhen. Abschläge, die sie bei vereinbarten Mengenausweitungen hinnehmen müssen, werden auf diese Weise zurückgegeben. Insbesondere die Häuser profitieren, die ihre Leistungen nicht steigerten. Sie erwarten keine Abschläge und erhalten zusätzliches Geld.

Ein weiterer Teil des Geldes fließt in Personalkosten. Die Krankenkassen übernehmen damit einen Teil der diesjährigen Tariflohnsteigerungen von Pflegekräften und Ärzten in den Krankenhäusern. Die Kassen zahlen die Hälfte jener Kosten der Tarifierhöhungen, die den Veränderungswert übersteigen. Das ergibt für Sachsen einen Betrag von 7,5 Millionen Euro. Außerdem soll zusätzliches Geld im Rahmen eines Hygieneprogramms eingesetzt werden, womit die Weiterverbreitung tödlicher Klinikkeime eingedämmt werden soll. Dazu soll Personal, wie Hygienebeauftragte und Pflegefachkräfte, eingestellt, qualifiziert und weitergebildet werden.

Die Finanzspritze wird nicht die Probleme der Krankenhäuser lösen. Die Länder müssen ihrer Investitionsverantwortung nachkommen. Ansonsten sichten die Kliniken weiterhin Kassenmittel für Lohnkosten in Baumaßnahmen und neue Medizintechnik um. Auch die Substanz sächsischer Kliniken braucht Erneuerung. Wenn GKV-Beitragsfelder undifferenziert ausgeschüttet werden, wird schlechte Behandlungsqualität mitbezahlt. Anspruch auf volle Vergütung sollten deshalb nur jene Krankenhäuser haben, die gute Qualität liefern.

## KURZ GEFASST

### Ambulante Palliativversorgung in der Oberlausitz

Seit Anfang September können sterbensranke Menschen auch im südlichen Teil des Landkreises Görlitz zu Hause betreut werden. Bei Bedarf rund um die Uhr. Speziell ausgebildete Palliativärzte, Pflegefachkräfte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger sichern die Versorgung. Deren Einsatz wird durch die SAPV Team Oberlausitz gGmbH in Görlitz koordiniert. Sachsenweit haben sich bisher 16 SAPV-Teams etabliert. Im Norden des Landkreises Görlitz besteht das interdisziplinäre Versorgungsangebot seit 2011.

### Kassen prüfen Gesundheitskurse gemeinsam

Präventionskurse und Anbieter von Präventionskursen werden ab 1. Januar 2014 bundesweit zentral und kassenübergreifend auf Qualität geprüft. Eine entsprechende Vereinbarung schlossen der Verband der Ersatzkassen mit dem BKK Dachverband, der IKK classic und der Knappschaft. Bisher erfolgte die Überprüfung in der Regel von jeder Kasse einzeln. Die zertifizierten Kurse sollen in einer online-Datenbank gelistet werden, die Versicherte über die jeweilige Internetseite der teilnehmenden Kassen abrufen können.

### Ehrenamtliche betreuen Sterbende

Mit 580.000 Euro fördern die Ersatzkassen in diesem Jahr die Arbeit der ambulanten Hospizdienste in Sachsen. Das sind 40.000 Euro mehr als 2012. Die Kassen unterstützen damit vor allem die Aus- und Weiterbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter. Derzeit sind 1.840 Ehrenamtliche in ambulanten Hospizdiensten tätig. 2012 begleiteten die 46 ambulanten Hospizdienste 2.442 Menschen bis zum Tode. Darüber hinaus betreuten sie weitere schwerstkranke Menschen.

### Ersatzkassen festigen Marktstellung

Die Ersatzkassen konnten im Freistaat Sachsen ihre Marktposition weiter festigen. Gegenüber dem Vorjahr gewannen sie insgesamt 8.564 Mitglieder bzw. 8.987 Versicherte. Damit sind 24 Prozent der gesetzlich krankenversicherten sächsischen Bevölkerung bei einer Ersatzkasse versichert. Insgesamt betreuen die Ersatzkassen in Sachsen 723.408 Mitglieder bzw. 898.524 Versicherte. Im Bund stieg die Zahl der bei den Ersatzkassen Versicherten im gleichen Zeitraum von 51.930.747 auf 52.303.817.

BÜCHER

## Gesundheitswesen 2020

Glauben Sie, dass Sie sich eine umfassende Gesundheitsversorgung im Jahr 2020 noch leisten können? Gesundheit ist unser höchstes Gut – es darf keine Zeit vergeudet werden, weil die gesellschaftlichen Herausforderungen drängen und zugleich unsere Ressourcen begrenzt sind.

Das Buch wendet sich an alle, die sich um die Zukunft unseres Gesundheitswesens Gedanken machen. Die Herausgeber fordern eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung. Die Zeit ist reif für einen Masterplan Gesundheitswesen 2020.



Dr. B. Klein und M. Weller (Hrsg.)  
Masterplan Gesundheitswesen  
2020  
2012, 225 S., 39,- €,  
Nomos Verlagsgesellschaft

## Wer blockiert?!

Die Entstehung von Reformblockaden durch eine hohe Vetospielerzahl wird selten hinterfragt und in Deutschland vielfach zur Erklärung des inkrementellen Wandels herangezogen. Entgegen der langläufigen Meinung lässt sich aber auch hier vielfach ein weitreichenderer Politikwandel in einzelnen Politikfeldern beobachten. Die Studie evaluiert anhand der Analyse dreier deutscher Gesundheitsreformen die Erklärungskraft der Vetospielertheorie für die Politikstabilität in verschiedenen Politikfeldern und Einzelreformen und damit deren Anwendbarkeit in der Politikfeldanalyse.



Dr. S. Pannowitsch, M.A.  
Vetospieler in der deutschen  
Gesundheitspolitik  
2012, 326 S., 54,- €,  
Nomos Verlagsgesellschaft

HILFSMITTELVERSORGUNG

## Gefragter Dienstleister: vdek-Präqualifizierungsstelle

Auf drei Jahre Bestehen blickt die Präqualifizierungsstelle beim vdek Sachsen zurück. „Wir haben uns als Dienstleister erfolgreich am Markt etabliert,“ sagt Silke Heinke, Leiterin der Landesvertretung. „Anträge werden zügig und kompetent bearbeitet. Mittlerweile erhalten wir sogar Anfragen anderer Bundesländer.“ Will ein Sanitätshaus, Hörgeräteakustiker oder Orthopädieschuhmacher Patienten mit Hilfsmitteln versorgen, muss einmal die generelle Eignung nachgewiesen werden. Für den Orthopädieschuhmacher heißt das, er braucht eine Werkstatt mit entsprechenden Maschinen, Lager- und Verkaufsräume. Hat er den Meisterabschluss, darf er Spezialschuhe selbst anfertigen. Die Präqualifizierungsstelle prüft diese Dinge und übermittelt das Ergebnis an eine zentrale Datenbank der gesetzlichen Krankenkassen.

GRIFFE

## Impfstoff eingetroffen

Noch rechtzeitig traf der für diese Grippe-Saison vorgesehene Impfstoff auch in den Regionen Chemnitz und Dresden ein. Ab Oktober, das ist der Zeitpunkt, den die Experten für die Impfung empfehlen, können die Praxen darauf zurückgreifen. Die Krankenkassen in Sachsen hatten die Herstellung der Impfstoffe als Rabattverträge ausgeschrieben. Durch Probleme mit Vorprodukten war es bei einer der beiden Firmen, die den Zuschlag erhielten, zu Lieferverzögerungen gekommen.

SELBSTHILFE

## Neue Förderrichtlinien

FOTO LUCKAS - Fotolia.com



Die gesetzlichen Krankenkassen wollen Fördergelder für die Selbsthilfe von chronisch Kranken, Behinderten und deren Angehörigen künftig noch gezielter und bedarfsgerechter verteilen. Die Kassen haben dafür die Grundsätze der Selbsthilfeförderung überarbeitet. Nachzulesen sind die ab 2014 geltenden Regelungen im neuen „Leitfaden zur Förderung der Selbsthilfe“. Erstmals finden sich unter anderem verschiedene Finanzierungsarten. Die Projektförderung ist ab nächstem Jahr auch für Selbsthilfekontaktstellen möglich. Zudem wurden die Bestimmungen, welche Fördervoraussetzungen zu beachten sind, konkreter gefasst. Das überarbeitete Regelwerk kann im Internet über die Homepage der vdek-Landesvertretung barrierefrei eingesehen und heruntergeladen werden.

→ [www.vdek.com](http://www.vdek.com)

IMPRESSUM

**Herausgeber**

Landesvertretung Sachsen des vdek  
Glacisstraße 4, 01099 Dresden

**Telefon** 03 51 / 8 76 55-37

**Telefax** 03 51 / 8 76 55-43

**E-Mail** LV-Sachsen@vdek.com

**Redaktion** Dirk Bunzel

**Verantwortlich** Silke Heinke

**Druck** Lausitzer Druckhaus GmbH

**Gestaltung** ressourcenmangel

**Grafik** schön und middelhaufe

**ISSN-Nummer** 2193-214X