

# report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Apr. 2010

# ersatzkassen

## Schuldenpolitik ohne Ende?

CDU/CSU und FDP beschäftigen sich weiterhin mit der Interpretation ihres Koalitionsvertrages – insbesondere, was die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung anbelangt. In der Zwischenzeit steigt die finanzielle Belastung der Menschen in unserem Land – unserer „Mitglieder“ – immer weiter an. Expertenkreise gehen mittlerweile davon aus, dass das Gesundheitssystem im nächsten Jahr mit einem Defizit von bis zu 15 Mrd. Euro rechnen muss. Wie dieses Defizit vermieden wird oder welche Gegenfinanzierung künftig greifen soll, darüber gibt es bis auf Weiteres unsägliche Debatten ohne politisches Ergebnis.

Parallel hierzu verabschiedet die Koalition einen Bundeshaushalt mit Rekordverschuldung, beteiligt sich an einem Notfallplan zur Vermeidung des Staatsbankrotts in Griechenland und hat nichts desto trotz die Neuregelung des Grundgesetzes vor Augen, spätestens bis zum Jahr 2016 die Nettoneuverschuldung auf 0,35 Prozent des Bruttoinlandproduktes zu begrenzen. Wie weit sind wir noch von einem Staatsbankrott entfernt? Was sind das für Regeln, die unsere Regierung losgelöst von ökonomischer Sachgerechtigkeit im Grundgesetz verankert?

Vor diesem Hintergrund wäre es naheliegend, nicht noch weitere Finanztöpfe aufzumachen und bis zu 35 Mrd. Euro an Steuermitteln zusätzlich für

eine Umverteilung im Gesundheitswesen auszugeben, die die aktuelle Beitragsfinanzierung bereits leistet. Aber Wirtschaftsverbände und andere Lobbyisten argumentieren anders: So geht es etwa um die Reduzierung von Lohnnebenkosten. Und auch darum, auf diese Weise noch viel mehr „Geld ins System“ zu holen. Der „Wirtschaftsfaktor“ Gesundheitswesen sei ein stabilisierendes Element für Beschäftigung und Wohlstand in unserem Land.

Zur Stichhaltigkeit des Argumentes Lohnnebenkosten in der Debatte um internationale Wettbewerbsfähigkeit hat sich der vdek positioniert. Deutschland exportiert kapitalintensive Güter auf hohem technologischen Niveau, sodass Lohnquote

### In dieser Ausgabe:

- Schuldenpolitik
- Kurzinterview mit Kurt Brumme
- Krankenhausinvestitionsförderung
- Basisfallwert 2010
- Pflegenoten
- Onkologievereinbarung am Ziel?

oder Arbeitsproduktivität kein Problem im Ländervergleich bei den Exporten darstellen. Von Arbeitslosigkeit sind – unter Vernachlässigung des Strukturwandels aus der Wiedervereinigung – hauptsächlich Menschen mit niedrigem Bildungsniveau betroffen, was der Rechtfertigung aller bildungspolitischen Maßnahmen dient. Dort, wo wir relativ erfolgreich im Wettbewerb sind, werden also hohe Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung abgeführt, weil Menschen mit hoher Qualifikation und hoher Vergütung arbeiten. Dort, wo es Probleme mit Beschäftigung und Arbeitslosigkeit gibt, sind diese Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung dagegen niedrig, weil sie auch hier einkommensabhängig erhoben werden. Bei Arbeitslosigkeit finanziert sie heute schon der Staat (die Sozialhilfe bzw. die Arbeitsagentur). Das Argument der hohen Lohnnebenkosten vermag deshalb nicht zu überzeugen.

Der „Wirtschaftsfaktor“ Gesundheitswesen ist bis dato ein in einkommens- und arbeitsmarktpolitischer Hinsicht stabiler Dienstleistungssektor, weil er auf Versicherungspflicht und Quellenabzugsverfahren fußt. Dadurch, dass von allen Menschen im Land, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, Geld (in Form von Beiträgen) an Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte und die Pharmaindustrie fließt und dies steuerähnlich vom Bruttoeinkommen ab-

gerechnet wird, herrscht große Planungssicherheit für die Akteure im Gesundheitswesen. Der Kassenwettbewerb der Vergangenheit bremste Beitragssatzerhöhungen, die notwendig wurden, wenn das Geld insgesamt für das Folgejahr doch nicht reichen würde. Dennoch stiegen die Beitragssätze von rund 8 Prozent Anfang der 70er-Jahre auf inzwischen 14,5 Prozent des Bruttoeinkommens.

Ob diese zunehmende Enteignung unserer Mitglieder der Wohlfahrt in unserem Land insgesamt zugutekommt, ist eine Frage, die sich nicht ohne Weiteres beantworten lässt. Denn die Alternative ist unbekannt: Wären dafür mehr private Güter konsumiert worden? Hätten die Menschen mehr Ersparnisse gebildet? Welche anderen Wirtschaftssektoren hätten profitiert? Klar ist jedoch, dass das Gesundheitswesen als Teil des tertiären Sektors am Ende der Wertschöpfungskette steht, seine Dienstleistungen als öffentlicher Konsum ohne Kapazitätswirkungen verbraucht werden. Verfechter der keynesianischen Konjunkturpolitik würden deshalb defizitfinanzierte Maßnahmen des Staates stets in den Schlüsselsektoren der deutschen Wirtschaft, nämlich Fahrzeug- und Maschinenbau, Chemie oder Elektrotechnik sehen. Keinesfalls aber in konsumtiven Dienstleistungen, die von der Gesundheitswirtschaft bereitgestellt werden. Ein Blick auf die Input-Output

## DER KOMMENTAR

Warum ist die aktuelle Schuldenpolitik so ein großes Problem? Weil sie den Schuldendienst der öffentlichen Haushalte immer größer macht und damit immer weniger Raum für die sozialen Leistungen des Staates lässt. Das können wir nicht wollen. Und das wollen wir auch nicht. Insofern liegt der einfache Gedanke nahe, die politisch avisierten Ziele innerhalb bestehender Regeln und Gesetze zu erreichen. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über einkommensabhängige Beitragssätze spart das Milliardengrab über die Kopfpauschale. Und die Begrenzung von Orientierungswert im Krankenhaus, Kostenexplosion im Arzneimittelsektor sowie sinnlosen Ausgaben im Arztbereich könnten eine finanzielle Stabilisierung erreichen, die auch nachfolgenden Generationen den Zugang zu einer gleichmäßigen und qualitativ hochwertigen Versorgung erlaubt.



Dr. Klaus Holst,  
Leiter der vdek-Landesvertretung  
Sachsen-Anhalt

Nachdem ich diese Dinge an anderer Stelle vorgetragen hatte, bin ich von prominenter Seite gefragt worden: „Warum setzen Sie sich nicht durch?“ Offensichtlich überzeugte meine Argumentation, aber die politische Kraft von Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung wird von vielen als vergleichsweise gering angesehen. Klar ist, dass es im Gesundheitswesen um viel Geld geht. Die Lobby ist nirgendwo so bedeutend wie hier. Augenscheinlich ist aber auch, dass sich Politiker vielfach das von Ökonomen herauspicken, was ihnen gerade gut passt und niemandem wehtut. Das bekannte Vorurteil hierzu: Politiker nutzen ökonomischen Rat wie Betrunkene Laternen: Sie suchen nicht Licht, sondern Halt.

Aber der nächste Gesetzgebungsprozess ist noch nicht eingeläutet. Deshalb antworte ich jetzt auf diese prominente Frage: „Diese Einschätzung ist verfrüht. Wir werden alles dafür tun, für unsere Versicherten-gemeinschaft eine leistungsfähige GKV zu bewahren.“ Wir werden sehen, ob Vorurteile von allen Seiten überwunden werden.

Verflechtung der einzelnen Sektoren lässt die Hebelwirkungen abschätzen, die spezifische Fiskalpolitik jeweils erreichen könnte. Die Abwrackprämie findet hier ihre Rechtfertigung. Milliardenbeträge in das Gesundheitswesen aber auf gar keinen Fall. Die hohe sozialpolitische Bedeutung des Gesundheitswesens steht unabhängig hiervon nicht in Frage.

Vor diesem Hintergrund wären strikte Budgetierungen dringend geboten. Statt dessen etabliert der Gesetzgeber mit dem Orientierungswert wieder das Kostendeckungsprinzip im Krankenhausbereich. Bei den Ärzten feiert die hausarztzentrierte Versorgung fröhliche Urständ nach neuer Regierung. Und im Arzneimittelbereich finden wir nunmehr ein Sparprogramm vor, auf dem alle unsere Hoffnungen ruhen, dessen Auswirkungen heute allerdings schwer abzu- sehen sind. Bezeichnend ist in diesem Zusammen- hang die Sorge der Politik, die ersten Krankenversi-

cherungen mit Zusatzbeitrag hätten sich zu einem Kartell zusammengeschlossen. Um abgestimmt mög- lichst viele ihrer Mitglieder zu verlieren? Ein funk- tionierendes Kartell setzt voraus, dass ihm die Konsu- menten nicht ausweichen können. Diese Ausweich- möglichkeit ist über den Kassenwettbewerb aber sehr wohl gegeben. Die vermutete Kartellabsprache ist aus ökonomischer Sicht also glatter Unsinn.

Angesichts dieser Kapriolen bleibt zu hoffen, dass die Wahlergebnisse in NRW vom Mai 2010 eine Rückkehr zur Sachpolitik ermöglichen. Die Men- schen im Land wissen um die prekären öffentlichen Finanzen und sind auch bereit, gemeinsam die Lasten zu tragen, die aus der Finanzkrise erwach- sen sind. Nur sollte diese Lastenteilung gerecht er- folgen, um eine langfristige politische Tragfähigkeit zu gewährleisten. Die Beibehaltung des Solidar- prinzipis gehört zwingend in ein solches Konzept.

## Interview

### ▼ Die Finanzsituation in der gesetzlichen Kran- kenversicherung gerät immer noch mehr in Schieflage, rettet uns die „Kopfpauschale“?

▲ Eine Kopfpauschale wird das System der gesetz- lichen Krankenversicherung nicht retten, weil die Koalitionspartner nie von einer Kopfpauschale ge- sprochen haben. Die Rede ist hier von einer Prämie. Diese Umstellung des Krankenversicherungssystems auf ein Prämienmodell wird, so haben die Koali- tionspartner in Berlin es vor, nur schrittweise umzu- setzen sein. Ich werde mit meinen Kolleginnen und Kollegen der neuen Bundesländer aber genau diese Schritte begleiten, wenn nötig auch kritisch beglei- ten, damit kein Nachteil für unsere Bundesländer dabei entsteht. Mit der Einführung der Prämie ver- ändert sich die Finanzierungssystematik, nicht aber die zur Verfügung stehenden Geldmengen.

Die CDU-Fraktion im Landtag Sachsen-Anhalt lehnt die Einführung der Gesundheitsprämie, ob kleine oder große Prämie, grundsätzlich ab, da sie die Einnahmesituation der GKV um keinen Euro ver- bessert. Das Gegenteil ist der Fall, denn durch die angedachte Regionalisierung und den sehr unter- schiedlichen Grundlohnsummen werden die struk- turschwachen Länder in der Finanzierung der Kran- kenversorgung stark benachteiligt.

Auch wird hier eine über 130 Jahre erfolgreich ge- lebte Kultur der paritätischen Finanzierung verlassen, um die uns die ganze Welt beneidet hat. Wichtig ist: die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt müssen über eine Steuersäule kompensiert werden, um die Lohnnebenkosten nicht über das jet- zige Maß hinaus anwachsen zu lassen.

Die finanzielle Schieflage ist auf keinen Fall ausschließ- lich ein Einnahmeproblem, sondern ein Ausgabenpro- blem. Dabei muss an erster Stelle die Suche nach Effi- zienzreserven im System stehen. Der Ansatz von Bundesminister Rösler, Ein- sparpotenziale bei den Arz- neimitteln – aber auch in anderen Bereichen – zu heben, ist zu unterstützen. Bevor mehr Geld in das System gepumpt wird, müs- sen alle Effizienzreserven ausgeschöpft werden. Letzt- endlich reden wir hier von Beitragsgeldern der Versi- cherten, und man kann Beitragserhöhungen und somit mehr Geld für das System nur ordentlich be- gründen, wenn sie für ein stabiles und effizientes Gesundheitssystem eingesetzt werden.



Kurt Brumme, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt

### ▼ Wie bewertet die CDU das Wirken des Morbi- RSA sowohl für die Bundesebene als auch für Sachsen-Anhalt?

▲ Die Einführung des Gesundheitsfonds mit dem Kernelement Morbi-RSA ist meiner Meinung nach die innovativste Neuerung aller bisherigen Gesund- heitsreformen. Hier folgt das Geld logischerweise der zu versorgenden Krankheit und nicht wie bisher nur der Anzahl der Versicherten ohne Berücksichti- gung der Morbidität. Dieser Ansatz löst aber zwis- chen den einzelnen Bundesländern unterschiedli- che Reaktionen aus. Für Sachsen-Anhalt kann ich sagen, dass ca. 35 Millionen Euro mehr für die Krankheitsversorgung unserer Bevölkerung zur Ver- fügung stehen. Dabei räume ich aber auch ein,

dass dieses Mehr an Geld fast ausschließlich der AOK zugutekommt. Schaut man sich die Finanzsituation der unterschiedlichen Kassenarten an, dann muss man schon die kritische Frage stellen, ob das System des Morbi-RSA seine volle und richtige Entfaltung zeigt, wenn es erhebliche Unterschiede zwischen den Finanzergebnissen der einzelnen Kassenarten gibt, die zum Teil fast 1 Milliarde Euro betragen. Dabei schneiden die Ersatzkassen im Vergleich zum AOK System nicht gerade rosig ab. Hier wird es sicherlich Nachbesserungen geben. Unter diesem Aspekt bin ich gespannt, wie hier der Koalitionsvertrag in Berlin umgesetzt wird, wobei ich auch diesen Prozess kritisch mit den Augen eines Sachsen-Anhalters begleiten werde. Hier sehe ich auch die CDU-Gesundheitspolitiker der neuen Bundesländer an meiner Seite, was für die Durchsetzung unserer Interessen beim Bund sehr wichtig ist. In einem gemeinsam mit den CDU-Gesundheitspolitikern der mitteldeutschen Länder erarbeiteten Papier, wurde dieser Aspekt genau dokumentiert.

▼ **Immer wieder werden Einsparpotenziale für das Gesundheitswesen bekannt, wo kann man aus der Sicht der CDU in Sachsen-Anhalt konkret sparen, was wäre dafür nötig?**

▲ Das von mir bereits angesprochene Arzneimittel-Spar-Paket von Bundesminister Rösler ist ein erster und richtiger Schritt in diese Richtung. Um Effizienzen zu erlangen, müssen aber alle Bereiche kritisch betrachtet werden. Neben den Eingriffen aus der Politik, setze ich vor allem aber auf die Kräfte des Marktes und den Instrumenten, die der Selbstverwal-

tung zur Steuerung dieses Systems zur Verfügung stehen. Dabei denke ich vordergründig an die Möglichkeiten der selektiven Vertragsgestaltung nach den §§ 73 und 140 SGB V. Strukturverträge und Verträge zur integrierten Versorgung sind gute Instrumente um Einsparpotenziale zu erarbeiten, ohne dabei die Qualität der Leistungen infrage zu stellen. Dabei fällt mir als positives Beispiel das integra-Modell der Ersatzkassen ein, was zu erheblichen Einsparungen im stationären Sektor führte und dabei sogar noch eine höhere Patientenzufriedenheit gezeigt hat als die Vergleichsgruppe im Krankenhaus. Aber diese Reserven können nur gehoben werden, wenn der Wettbewerb um die beste Versorgung zu einem guten Preis gelebt wird. Die Instrumente dafür sind jedenfalls vorhanden. Sie müssen nur genutzt werden.

▼ **Welche gesetzgeberischen Aktivitäten sind noch in dieser Legislatur für das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt zu erwarten?**

▲ Wir haben als CDU-Fraktion eine kritische Überprüfung des Rettungsdienstgesetzes im Landtag auf den Weg gebracht. Der Gesundheitsausschuss wird sich jetzt damit befassen. Wir müssen aber auch realistisch sein, dass vermutlich eine Novellierung dieses Gesetzes nicht mehr in der verbleibenden Zeit der jetzigen Koalition in Sachsen-Anhalt umsetzbar ist. Denken Sie dabei bitte daran, wie lange die Novellierung des letzten Gesetzes gedauert hat. Auch das Heimgesetz muss noch vor 2011 novelliert werden. Was in dieser Legislatur noch zu verabschieden ist, sind die Rahmenvorgaben des neuen Landeskrankenhausplanes 2010.

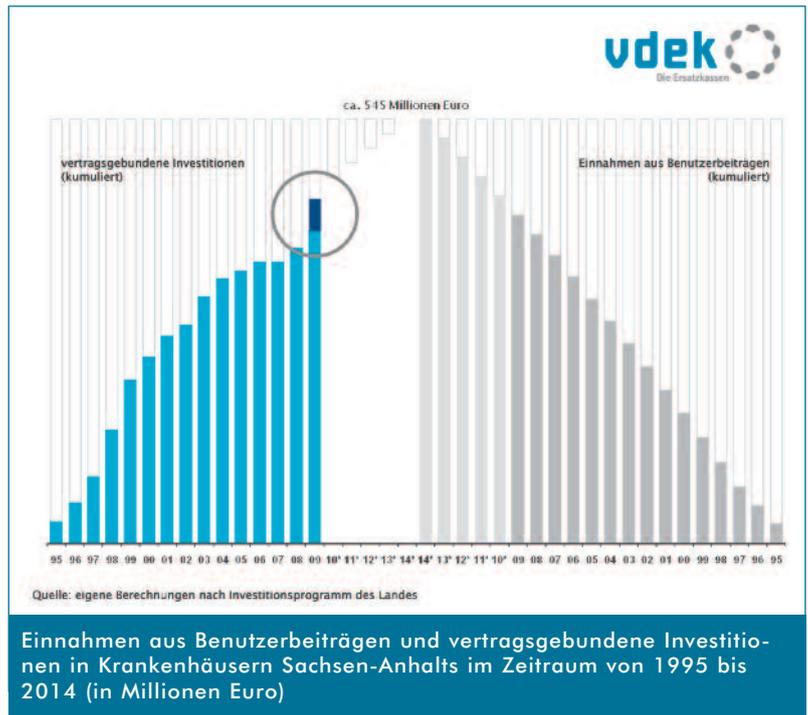
## Krankenhausinvestitionsförderung – ein Fall für Deutschland

In Sachsen-Anhalt besteht seit 1995 eine abgestimmte Umsetzung der Verteilung der Benutzerbeiträge aus Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Dieses Förderprogramm wurde vom Bund nur für die neuen Bundesländer für den Zeitraum von 1995 bis 2014 aufgelegt und beinhaltet die Niveauleichung als Förderauftrag. Für die Aufstellung der Investitionsprogramme aus diesem Programm hat Sachsen-Anhalt die Gemeinsame Kommission aus Vertretern der Verbände, der Krankenhausgesellschaft und des Ministeriums gebildet. In einer Landesvereinbarung haben die Vertragspartner die Grundsätze der Umsetzung von Artikel 14 GSG gemeinsam geregelt. Die Investitionspauschalen pro Benutzertag (Benutzerbeiträge) weist das Krankenhaus auf der Rechnung aus. Die zuständige Krankenkasse vergütet den Betrag mit der Rechnung gegenüber dem Krankenhaus. Die Krankenhäuser überweisen die anteiligen Beträge auf ein

Sammelkonto. Dieses Konto wird extern bei einer Bank geführt und hat keine Anbindung an den Landeshaushalt. Die Abforderungen aus den laufenden Maßnahmen werden ebenfalls über dieses Konto abgewickelt. Durch den Planungsvorlauf müssen Gelder angelegt werden, die erst zu einem späteren Zeitpunkt benötigt werden. Damit wird sichergestellt, dass die Beträge, die für die Niveauleichung von den Krankenkassen gezahlt werden müssen, auch für die Zwecke der Krankenhausinvestitionen eingesetzt werden. Der weitere Vorteil dieses Verfahrens ist die zwingende Einstimmigkeit für die Aufstellung der Investitionsprogramme. In den Jahren von 1995-2009 ist es gelungen, Mittel für die Investitionen in Krankenhausstandorte in Höhe von ca. 400 Mio. € aus dem Programm zur Verfügung zu stellen. Unsere Verpflichtung sehen wir darin, die noch zur Verfügung stehenden Mittel aus diesem Programm weiterhin gezielt für jene

Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen, die noch Investitionsbedarf haben.

Dies ist ein Fall für Deutschland, denn diese Regelungen ließen sich mit Gewinn für alle Beteiligten im ganzen Land anwenden: Die geplanten Investitionszuschläge auf die DRGs wären von den zugelassenen Krankenhäusern in einen Fonds einzuzahlen, den Sozialministerium, Kassenverbände und Krankenhausgesellschaft verwalten. Dadurch wäre der drohende Machtverlust auf Landesebene im Krankenhausbereich gestoppt, die Krankenhäuser hätten in allen Bundesländern Gewähr für regelmäßige Einzelförderung und die Krankenkassen könnten Einfluss auf bedarfsgerechten Strukturwandel nehmen. Das wäre unseres Erachtens ein relevantes Thema für die nächste Gesundheitsministerkonferenz.



Einnahmen aus Benutzerbeiträgen und vertragsgebundene Investitionen in Krankenhäusern Sachsens-Anhalts im Zeitraum von 1995 bis 2014 (in Millionen Euro)

## HINTERGRUND

### Urfassung Artikel 14 Abs. 3:

In dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beteiligen sich die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionsprogrammen nach Abs. 2 in den Jahren 1995 – 2014 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von acht Deutschen Mark für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Tage des Krankenhausaufenthaltes. Die Länder vereinbaren die Einzelheiten des Verfahrens und die Verwendung der Mittel mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes findet in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet in den Jahren 1995 bis 2004 keine Anwendung. Am 31. Dezember 1994 bestehende Investitionsverträge nach § 18 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleiben unberührt.

### Gesetzesbegründung:

Der zügige Aufbau moderner Krankenhäuser in den neuen Bundesländern liegt auch im Interesse der Benutzer der Krankenhäuser und ihrer Kostenträger. Neben der Verbesserung der medizinischen Qualität der Krankenhausversorgung sind für sie unter dem Aspekt einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung insbesondere die Vermeidung unwirtschaftlicher Betriebsabläufe sowie Investitionen mit dem Ziel der Rationalisierung von Bedeutung. Deshalb sollen neben Bund und Ländern auch die Benutzer oder ihre Kostenträger im Rahmen eines zeitlich und finanziell begrenzten gemeinsamen Engagements an einem Investitionsprogramm zum Aufbau des investiven Nachholbedarfs beteiligt werden. Der von den Krankenhausbenutzern bzw. ihren Kostenträgern zu leistende Finanzierungsbeitrag beträgt – ausgehend von über 42 Mio. Berechnungstagen im Jahre 1992 – jährlich rund 350 Mio. DM. Er ist im Weiteren abhängig von der Entwicklung der Berechnungstage. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung erhöhen sich um rd. 3 v. H., die Beitragssätze im Durchschnitt um rd. 0,1 v. H.

### Aktuelle Fassung Abs. 1:

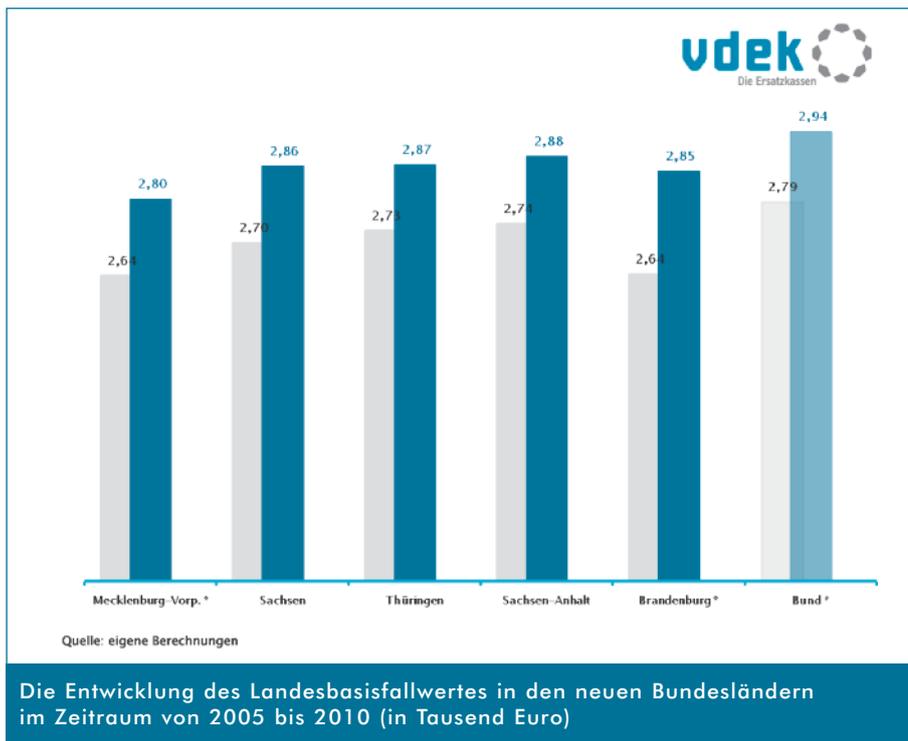
Zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet beteiligen sich in dem im Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Benutzer des Krankenhauses oder ihre Kostenträger an den Investitionen nach § 9 Abs. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Jahren 2002 bis 2014 durch einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 Euro für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Berechnungstage. Der Zuschlag wird verwendet zur Finanzierung von Zinskosten von Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung. Die Länder vereinbaren die Einzelheiten des Verfahrens und die Verwendung der Mittel mit den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten.

## Einigung beim Basisfallwert 2010

Der Landesbasisfallwert 2010 für Sachsen-Anhalt steht fest. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V. (KGSAN) und die Verbände der Krankenkassen sowie der privaten Krankenversicherung haben sich auf einen Wert von 2.884,00 Euro für 2010 verständigt. Im vergangenen Jahr wurde der Landesbasisfallwert 2009 noch von der Schiedsstelle festgesetzt. Durch die sehr schwierigen Verhandlungen im letzten Jahr über die Anpassung

des bereits gefundenen Landesbasisfallwertes 2009 konnten die Budgets für die einzelnen Krankenhäuser erst spät vereinbart werden bzw. sind bei einigen Krankenhäusern noch nicht abgeschlossen.

Alle Beteiligten bewerteten die frühe Einigung über den LBFW 2010 als Stärkung einer funktionierenden Selbstverwaltung. Klare Verhältnisse für 2010 sind für die Krankenkassen sowie die Krankenhäuser von Vorteil.



Im bundesweiten Ranking liegt Sachsen-Anhalt mit dem Landesbasisfallwert 2010 höher als Thüringen oder Sachsen, jedoch unter den alten Bundesländern ausgenommen Schleswig-Holstein. (vgl. Grafik 2)

Der neue Basisfallwert enthält einen ersten Schritt zur gesetzlich vorgegebenen Anpassung an den bundesweiten Durchschnittswert, dieser Schritt wird für Sachsen-Anhalt Mehrausgaben in Höhe von ca. 7,45 Mio. € bedeuten. Ab 2010 startet für fünf Jahre die Anpassung an den Bundesdurchschnittswert.

Mit dem Landesbasisfallwert werden rund 80 Prozent aller Krankenhausleistungen bewertet. Der Rest entfällt auf spezielle Sonderleistungen und auf psychiatrische Behandlungen.

## Pflegenoten – damit verglichen werden kann

Seit Dezember 2009 veröffentlichen die Verbände der Pflegekassen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die sog. Pflegenoten, im Internet. Damit tragen sie vor allem zu mehr Transparenz über die Qualität in der Pflege bei. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten somit eine weitere wichtige Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus sollen die öffentlichen Bewertungen zu einem Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen um mehr Qualität führen.

Die Einrichtungen werden nach den neuen Prüfungsrichtlinien von dem Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt einer Qualitätsprüfung unterzogen. Grundlage der bundeseinheitlichen Benotungen, die im Internet zu veröffentlichen sind, ist die letzte Pflegereform. Insgesamt gehen 82 Einzelbewertungen in die Gesamtnote einer stationären Einrichtung ein. Die meisten Fragen widmen sich dem Bereich „Medizinische Versorgung“. Weitere Prüfbereiche sind der Umgang mit demenzkranken Bewohnern, die soziale Betreuung und Alltagsgestaltung sowie Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene. Für den Bereich der ambulanten Pflegeeinrichtungen werden 49 Einzelbewertungen vorgenommen, die sich u. a. auf die Bereiche Pflege, ärztlich verordnete Leistungen

sowie Dienstleistung und Organisation beziehen. Mit dem neuen Bewertungssystem werden erstmalig bundesweit einheitliche Kriterien für die Pflegequalität in Pflegeeinrichtungen in Pflegenoten ausgewiesen.

Die Pflegeeinrichtungen werden im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen vom MDK grundsätzlich unangemeldet geprüft. Vor der Veröffentlichung der Noten im Internet, zu der die Landesverbände der Pflegekassen gesetzlich verpflichtet sind, werden die Pflegeeinrichtungen einbezogen. Diese erhalten einen sogenannten Transparenzbericht und haben dann die Gelegenheit, innerhalb von 28 Tagen Zusatzinformationen und einen Kommentar beizufügen. Sofern Qualitätsdefizite festgestellt wurden, werden Maßnahmen und Auflagen mit den Pflegeheimen und -diensten abgestimmt, um die Qualität für die Pflegebedürftigen zu erhöhen und dauerhaft zu sichern.

Bundesweit wurden bisher rund 5.000 Einrichtungen umfassend überprüft, davon allein in Sachsen-Anhalt 387 Einrichtungen. (Stand 30.03.2010). Bis Ende 2010 sollen in Sachsen-Anhalt von rund 1.000 Einrichtungen erstmalig alle geprüft werden. Ab 2011 werden dann für alle Pflegeeinrichtungen jährliche Überprüfungen erfolgen.

Die Pflegenoten aller geprüften Einrichtungen werden im Internet unter anderem auf [www.Pflegelotse.de](http://www.Pflegelotse.de) veröffentlicht.

Ab dem 01.02.2010 erfolgt ebenfalls die Veröffentlichung des Landesdurchschnittes der geprüften Einrichtungen. Für Interessierte bietet diese Ergänzung den Vorteil, dass sie auf den ersten Blick erkennen können, ob eine Pflegeeinrichtung hinsichtlich der Qualität über- oder unterdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Einrichtungen in dem jeweiligen Bundesland abschneidet. Als Voraussetzung für eine Veröffentlichung des Landesdurchschnittes müssen in dem jeweiligen Bundesland mindestens 20 Prozent der Einrichtungen geprüft sein, um einen belastbaren Durchschnitt bilden zu können. In



Sachsen-Anhalt ist diese Marke bei ambulanten Pflegediensten bisher noch nicht erreicht. Im stationären Bereich liegt der Landesdurchschnitt in Sachsen-Anhalt bei 1,8.

Die Einführung eines Benotungssystems in der Pflege wird von den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt sehr begrüßt. Unbestreitbar stellen die Pflegenoten einen bedeutenden Schritt in Richtung Transparenz der Pflegequalität dar. Sie sind auch im internationalen Vergleich ein nahezu einmaliges Instrument, um die Qualität pflegerischer Leistungen abzubilden. Dennoch haben die Pflegenoten auch „Kinderkrankheiten“ und sollen deshalb zielgerichtet weiterentwickelt werden. Die aktuelle Evaluation soll deshalb wissenschaftlich fundiert, unabhängig, ergebnisoffen und nicht zuletzt auch mit dem nötigen Willen zur Veränderung durchgeführt werden.

Der vdek setzt sich dafür ein, dass spätestens 2011 ein aktualisiertes Bewertungssystem gestartet werden kann. Dies setzt voraus, dass bis zum Herbst 2010 die Evaluation abgeschlossen ist und darauf aufbauend Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer erfolgen. Damit wäre sichergestellt, dass alle Pflegeeinrichtungen einmal nach einem einheitlichen Muster geprüft wurden und vergleichbar sind.

## Onkologievereinbarung am Ziel?

Mit Wirkung zum 1. April haben die Verbände mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Ergänzungsvereinbarung zur Onkologie. Die vorangegangenen Verhandlungen bezogen sich auf die neue bundesweite Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) vom 01.10.2009. Hiernach gewährleisten die Vertragspartner für die Patienten eine bundesweit einheitliche Versorgungsstruktur bei der onkologischen Betreuung und Behandlung. Onkologisch verantwortliche Ärzte begleiten den Patienten von der Indikationsstellung bis zur Durchführung und/oder Koordination der Tumorbehandlung. Daneben erfolgt die psychosoziale Betreuung des Patienten und seiner Familie. Eine „Rundum“-Betreuung des Patienten wird sichergestellt, indem der onkologisch verantwortliche Arzt organisatorische Maßnahmen ergreift, wie z. B. die Einrichtung einer 24-stündigen Rufbereitschaft, spezielle Behandlungsplätze bereitstellt sowie qualifiziertes Pflegepersonal in seiner Praxis beschäftigt.

In Sachsen-Anhalt war vor allem der Zielkonflikt zwischen wohnortnaher flächendeckender Versorgung und Qualitätssicherung auf Basis ausreichender Behandlungszahlen Verhandlungsgegenstand. Denn die Vorhaltung aller Leistungen der Onkologievereinbarung kostet in jeder Praxis Geld. Die angestrebte höhere Qualifizierung ist nun durch vertraglich geregelte Mindestmengen an Patientenfallzahlen der teilnehmenden Vertragsärzte sichergestellt. Internistische Onkologen müssen die Behandlung von mindestens 120 Patienten und bei den anderen Fachärzten, wie Urologen oder Gynäkologen, 80 Patienten pro Arzt und Quartal nachweisen.

Die Vergütung für diesen besonderen Aufwand, der für die onkologische Betreuung von Patienten anfällt, basiert auf bundeseinheitlich strukturierten Kostenpauschalen und ist außerbudgetär zu vergüten. Ein onkologisch verantwortlicher Arzt kann nun zusätzlich bis zu 175 EUR pro Behandlung erhalten.

## Abrechnungsbetrug kein Kavaliersdelikt

Der Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation Sachsen-Anhalt gemäß § 197a SGB V ist im Jahr 2009 über 40 neuen Verdachtsfällen nachgegangen. Ein Anfangsverdacht für strafbare Handlungen taucht hierbei durch Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung, durch externe zum Teil anonyme Hinweise von Versicherten, Leistungserbringern oder anderen Krankenkassen und durch die zielgerichtete Recherche-Tätigkeit des Arbeitsausschusses auf. Eine groß angelegte Prüffaktion bei den Heilmittelerbringern im vergangenen Jahr führte zu Auffälligkeiten bezüglich der Abgabe von Leistungen ohne entsprechende Qualifikation. Im Ergebnis

wurden 35 Heilmittelerbringer keine entsprechende Qualifikation nachgewiesen. Zudem konnten im Bereich der Primärprävention Fitnessstudios auffällig gemacht werden, die durch die Abrechnung von Dauerangeboten (kein abgeschlossener Kurs), reinem Gerätetraining, Ausstellung einer Kursbescheinigung zur Subventionierung des Mitgliedsbeitrags des Fitnessstudios bzw. Kursdurchführung durch nicht qualifiziertes Personal auffällig waren.

Bei den meisten Fällen geht es eindeutig um Betrug, nicht nur gegenüber der Krankenkasse, vielmehr auch gegenüber den Versicherten.

### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek

Schleierufer 12 · 39104 Magdeburg

Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: LV\_sachsen-anhalt@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel