

# report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dez. 2009

# ersatzkassen

## Die neue Koalition und das Gesundheitswesen – ausgewählte Pläne und Strategien

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP liegt vor und soll in den nächsten Monaten – wahrscheinlich eher bis zum Sommer 2010 – näher ausgestaltet werden. Der vdek hat insbesondere zur Organisation der Krankenversicherung, zur Gewährleistung der Sicherstellung und zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine gefestigte Meinung:

### Krankenversicherung

Die neue Koalition hat sich auf die Fahnen geschrieben, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig, wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Aber aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Kran-

kenversicherung angepasst werden. Dabei soll keine Generation über Gebühr belastet werden. Die neue Regierung erkennt, dass Wettbewerb der Krankenversicherungen als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung wirkt. Sie will deshalb, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestal-

### In dieser Ausgabe:

- Gesundheitsreform 2011
- Pflegeversicherung
- Tag der integrierten Versorgung
- Vertragsärztliche Vergütung 2010
- Vernetzung und Transparenz
- Das Kurzinterview mit Gösta Heelemann

ten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden. Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können. Im Umkehrschluss heißt das, dass der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem falsch ist.

Der Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem soll gelingen, indem der Morbi-RSA auf das notwendige Maß reduziert wird, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulation gestaltet wird. Kurzfristig sollen zunächst gesamtstaatliche, flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der bestehenden Defizite erfolgen. Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden, überführt. Weil eine weitgehende Entkoppelung der Ge-

sundheitskosten von den Lohnzusatzkosten Ziel der neuen Koalition ist, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode soll eine Regierungskommission eingesetzt werden, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.

### Position der Ersatzkassen

Der vdek begrüßt den Zuschuss für konjunkturbedingte Ausfälle. Die zurzeit diskutierten 3,9 Mrd. Euro an Steuermitteln für den Gesundheitsfonds reichen allerdings nicht aus, um alle Einnahmeausfälle im Jahr 2010 auszugleichen. Wichtig wäre es zudem, dass die bisher als Liquiditätsdarlehen im Jahr 2009 an den Gesundheitsfonds geflossenen Mittel in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden. Nur so wird sich eine spürbare Belastung der GKV-Versicherten mit Gesundheitsprämien vermeiden lassen – ganz abgesehen von dem Bürokratismus, der mit der Verwaltung von Härtefallregelungen aufgebaut werden müsste.

## DER KOMMENTAR

### Auf der Suche nach dem frischen Geld

Die gesetzliche Krankenversicherung erhebt Pflichtbeiträge, die als Sozialbeiträge zu den Einnahmen öffentlicher Haushalte gehören. Im Krankheitsfall (Arbeitsunfähigkeit) leistet sie Zahlungen an ihre Versicherten und sorgt so auch für eine Umverteilung von Einkommen. Als Zwangsabgaben haben die Beiträge zur Sozialversicherung steuerähnlichen Charakter.

All dies wird vergessen, wenn davon geredet wird, allein dem „Steuersystem“ stehe die Umverteilung von Einkommen zu oder auch wenn die Politik das Quellenabzugsverfahren, das jeder Arbeitnehmer von seiner Gehaltsabrechnung kennt, infrage stellt. Man führe sich einmal folgende modellhafte Sicht vor Augen: Die Hälfte unserer 50 Mio. Mitglieder zahlten weniger als den durchschnittlichen Jahresbeitrag in Höhe von 3.600 Euro ein, aber wenigstens 900 Euro. Diese Einzahlungen wären der Höhe nach linear auf die Mitglieder verteilt: Dann benötigte ein Gesundheitssystem einheitlicher Kopfpauschalen, das finanziell niemanden schlechter stellt als bisher, etwa 30 Mrd. Euro, die der Bund zusätzlich jedes Jahr zur Verfügung stellen müsste!

Was die Idee der direkten Rechnungslegung einer Krankenkasse gegenüber dem Arbeitnehmer anbelangt: Angenommen, dass keiner der 10 von 100 Haushalten in Deutschland, die überschuldet sind, seine Rechnung in Form von Zusatzbeiträgen begleicht: Dann stünde die Bezahlung von allen Gesundheitsdienstleistungen auf tönernen Füßen.

Deutschland hat das vielleicht beste Gesundheitswesen der Welt. Das liegt auch wesentlich an unserer solidarischen Beitragsfinanzierung. Das Ersetzen von einkommensabhängigen Beiträgen durch eine höhere Einkommens- oder Mehrwertsteuer würde lediglich dem Prinzip „rechte Tasche, linke Tasche“ genügen. Daran sollten Klientelpolitiker denken, und auch daran, dass der Anspruch auf eine Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen, die finanzierbar sind, dauerhaft zu den Grundrechten unserer Bürger gehört. Der vdek hat mit seinen gesundheitspolitischen Positionen sachgerechte Vorschläge für die nächste Reform auf den Tisch gelegt.



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

Die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versicherte und Arbeitgeber ist Ausdruck übergreifender Solidarität. Wird der Beitragssatz für die Arbeitgeber fixiert, tragen die Versicherten die künftigen Mehrkosten über Zusatzbeiträge allein. Deshalb sollte das bestehende System der solidarischen Finanzierung mit seinem sozialen Ausgleichsmechanismus weiterentwickelt werden, statt den Arbeitnehmeranteil zu pauschalisieren. In jedem Fall wäre es sachgerecht und ressourcenschonend, den Quelleneinzug beizubehalten. Die finanzielle Stabilität des Gesundheitswesens kann nur gewährleistet werden, wenn die Beiträge zur Krankenversicherung direkt vom Arbeitgeber abgeführt werden. Essentiell ist es auch, den Arbeitnehmerbeitrag (Zusatzbeitrag) einer betroffenen Krankenkasse zu überlassen und nicht in den Morbi-RSA zu überführen, um Handlungsfähigkeit bei finanzieller Schieflage zu gewährleisten.

### Sicherstellung

Der neuen Koalition ist es ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Der sich in manchen Regionen abzeichnenden Unterversorgung durch Ärztemangel und zunehmend längeren Wartezeiten muss wirksam begegnet werden. Dazu soll die Gemeinsame Selbstverwaltung die Bedarfsplanung zielgerichtet weiterentwickeln.

Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung wirksam auch durch folgende Maßnahmen zu begegnen:

- Gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden und Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung,
- Ausbau der Anreize und Mobilitätshilfen bei der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten Gebieten und
- Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.

### Position der Ersatzkassen

Unterversorgung existiert in Deutschland nicht; lediglich der ehemalige Saalkreis weist als geografisches „Unikum“ entsprechende Daten aus: Es handelt sich um einen Kragenkreis, der sich um die übertersorgte Stadt Halle schließt. Ein bundesweit verpflichtender allgemein gültiger Ordnungsrahmen zur Bewertung der Versorgung ist zwingend erforderlich. Die vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten differenzierten Punktwerte für Regel-, Unter- und Übertersorgung sind umzusetzen und weiter auszubauen; es handelt sich hier

um ein System differenzierter Preise, das sachgerechte Anreize für die Niederlassung von Ärzten setzt. Die Wirksamkeit dieser monetären Steuerung sollte vor allem anderen zunächst evaluiert werden. Der vdek begrüßt die Delegation ärztlicher Leistungen bei gesicherter Qualität und Vermeidung von Doppelzahlungen.

### Pflege

Die neue Koalition ist der Auffassung, dass jeder Mensch das Recht hat, in Würde gepflegt zu werden. Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für persönliche Ansprache und Zuwendung. So sollen die Rahmenbedingungen für Pflegenden und Leistungsanbieter konsequent überprüft und entbürokratisiert werden, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird. Um den Familien die Chance zu geben, Erwerbstätigkeit und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen besser in Einklang zu bringen, sollen mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bei Pflege- und Arbeitszeit verbesserte Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt werden.

All dies soll gelingen, indem das Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestaltet wird. Darüber hinaus sollen die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisiert werden. Ausländische Hilfskräfte sollen ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können. Durch mehr Transparenz bei Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität sollen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit erhalten, Leistungen und Leistungserbringer flexibler auszuwählen. Dabei sollen sie verstärkt zwischen Sachleistungen und Geldleistungen wählen können. Die Förderung des Aufbaus der Pflegestützpunkte läuft aus.

Die neue Koalition will, dass die Pflegebedürftigen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. Nach ihrer Auffassung kann die Pflegeversicherung in Form der Umlagefinanzierung diese Aufgabe auf Dauer nicht erfüllen. Daher soll Kapitaldeckung das bestehende Umlageverfahren ergänzen, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein soll.

### Position der Ersatzkassen

Der vdek unterstützt aktiv alle Bemühungen um mehr Transparenz und Qualität in der Pflege. So haben wir das Internet-Portal [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) eingerichtet, das nicht nur Informationen zur Qualität der Pflege, sondern auch über Struktur, Angebote und Preise der Leistungsanbieter enthält.

Der vdek unterstützt die Bemühungen um eine stabile und zukunftssichere Finanzbasis der sozialen Pflegeversicherung. Durch den angestrebten Zusatzbeitrag zum Aufbau eines Kapitalstocks werden jedoch einseitig die Arbeitnehmer belastet. Die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege für alle Bürger ist aus unserer Sicht jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der alle entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beitragen müssen. Eine kapitalgedeckte Versiche-

rung ist den Risiken des Kapitalmarktes ausgesetzt. Vor dem Hintergrund der Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Zielsetzung der neuen Koalition nicht nachvollziehbar. Der vdek schlägt stattdessen eine gemeinsame und solidarische Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und Privatversicherten vor. Dies könnte durch einen Finanzausgleich zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung erreicht werden.

## Pflegeversicherung

### Pflegeversicherung I

Vernetzte Pflegeberatung vor landesweitem Start.

Seit Jahresbeginn arbeiten die Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen-Anhalt eng mit der Landeshauptstadt Magdeburg und dem Landkreis Harz im Modellprojekt „Vernetzte Pflegeberatung“ zusammen.

Diese Zusammenarbeit findet in der Überzeugung statt, dass die Vernetzung vorhandener Strukturen im Bereich der Beratung rund um das Thema Pflege wesentlich wirtschaftlicher ist als die Errichtung paralleler Pflegestützpunkte. Die Beteiligten bieten vernetzte Pflegeberatung auch auf der Internetseite [www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de](http://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de). Seit Juli diesen Jahres können sich Ratsuchende dort auch zusätzlich und umfassend informieren.

Zur Überprüfung der gesetzten Ziele fand von Januar bis September 2009 eine Evaluierung statt, die die vernetzte Pflegeberatung mit den bestehenden Beratungsangeboten von Kommunen und Pflegekassen in 44 Beratungsstellen, den Ausbau der Vernetzung und Zusammenarbeit sowie die unabhängige und kundenfreundliche Beratung in Augenschein nahm. Der zugehörige Abschlussbericht liegt seitdem vor. Er wurde auch dem Sozialministerium übergeben.

Die Evaluation zeigt, dass die Ratsuchenden die vernetzte Pflegeberatung sehr gut annehmen und bereit sind, diese auch zukünftig bei Fragen zum Thema Pflege zu nutzen. In Bezug auf Neutralität, Wohnortnähe und Umfang der Beratung gaben über 80 % der Befragten an, dass sie zufrieden bis sehr zufrieden sind. Die Evaluation zeigt auf, dass die vernetzte Pflegeberatung auch trägerübergreifend erfolgt und somit unabhängig ist. Die Beratungsangebote des jeweiligen Trägers gehen oftmals über eigene Zuständigkeiten hinaus.

Die am Projekt beteiligten Pflegekassen und Kommunen erwarten vom Ministerium für Gesundheit

und Soziales nun grünes Licht zur Implementierung der vernetzten Pflegeberatung der Kassen und Kommunen im ganzen Land. Die Entscheidung des Sozialministeriums steht immer noch aus.

### Pflegeversicherung II

Transparenzverfahren in Sachsen-Anhalt auf Kurs

Der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) vergibt seit Juli 2009 im Rahmen der Qualitätsprüfung Pflegenoten für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Seitdem haben Prüfungen in mehr als 80 Pflegeheimen stattgefunden. Die Prüfer attestierten 61 Einrichtungen eine „sehr gute“ bis „gute“ Pflegequalität. 16 Pflegeeinrichtungen konnten eine „befriedigende“ Pflegequalität nachweisen; vier Einrichtungen zeigten eine „ausreichende“ bzw. „mangelhafte Pflege“.

Der vdek veröffentlicht die Transparenzberichte auf seiner Internetseite unter [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de). Interessierte Nutzer können zukünftig neben den bereits vorhandenen Informationen zum Leistungsumfang und zu den Kosten der Einrichtungen auch die Pflegenoten in Erfahrung bringen.

## HINTERGRUND

Das bis dato freiwillige Verfahren zur Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen wurde mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 obligatorisch. Zur besseren Vergleichbarkeit der Qualität von Pflegeleistungen haben sich der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und maßgebliche Vertretungen der Pflegeeinrichtungen für eine Bewertungssystematik nach Noten entschieden. Diese „Pflegenoten“ werden im Internet veröffentlicht und müssen von der Einrichtung gut sichtbar ausgehängt werden.

## Integrierte Versorgung



Klaus Holst, Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt begrüßt die Teilnehmer des mittlerweile fünften Tages der integrierten Versorgung in Bad Schmiedeberg.

Foto: formation01

Bad Schmiedeberg. Eine positive Bilanz zogen integra-Partner zum »Tag der integrierten Versorgung« am 23. Oktober in Bad Schmiedeberg. Mit 31 Prozent Marktanteil habe sich integra klar als Marktführer auf diesem Gebiet im Bundesland positioniert, konstatierte der Leiter der vdek-Landesvertretung zur Eröffnung.

Die anschließende Diskussion drehte sich vor allem um Zukunftsfragen. So plädierte Burkhard John, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, die integrierte Versorgung verstärkt als Experimentierfeld für neue Organisations- und Abrechnungsformen zu nutzen. Er schlug unter anderem vor, virtuelle Versorgungszentren in ländlichen Gebieten zu schaffen, »mit Filialpraxen, in denen Haus- und Fachärzte an verschiedenen Tagen nacheinander Sprechstunden abhalten«.

Nach Überzeugung von Birgit Fischer, der zukünftigen Vorstandsvorsitzenden der neuen Barmer-GEK, müsse die integrierte Versorgung zu einem Teil der Standardversorgung in Deutschland werden. Man habe die Phase modellhafter Erprobung längst erfolgreich durchschritten, jetzt müssen Brüche in der Versorgungskette, als auch Abgrenzungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung mit einer integrierten Versorgung überwunden werden. Integra – neue Wege zur Gesundheit, biete hier die richtigen Lösungsansätze.

In Workshops wurden zudem verschiedene Themenfelder detailliert erörtert:

Man kam überein, systematisch neue Indikationen und innovative Behandlungen für die Aufnahme in den »integra-Leistungskatalog« zu prüfen. Dies vor allem für mögliche Kapazitäten auf den Gebieten der Psychiatrie, der Geriatrie, der Schmerzbehandlung und Arzneimittelversorgung.

Darüber hinaus sind in den Einrichtungen Abläufe zu vereinfachen bzw. abzugleichen. Man kam überein, gemeinsame Weiterbildungen zu organisieren und die Qualitätssicherung auszuweiten.

Nicht zuletzt verständigten sich alle Partner auf eine Professionalisierung des gemeinsamen Marketings.

## Vertragsärztliche Vergütung 2010

Die Verbände der Krankenkassen und die kassenärztliche Vereinigung konnten sich nach mehreren Verhandlungsrunden Ende November 2009 über das Honorar 2010 verständigen. Das Verhandlungsergebnis setzt die Empfehlungen des erweiterten Bewertungsausschusses auf Bundesebene eins zu eins um. Die Ärzte im Land werden demnach im nächsten Jahr allein rund 13 Millionen Euro im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mehr für ihre Leistungen erhalten. Damit beläuft sich der Honorarzuwachs für niedergelassene Ärzte in Sachsen-Anhalt aller Voraussicht nach auf insgesamt fast 40 Millionen Euro.

Für die Verbände war es wesentlich, dass der Beschlussteil D aus dem Bewertungsausschuss, der eine höhere Vergütung für Ärzte in unterversorgten Gebieten für das Jahr 2010 vorsieht, vertraglich umgesetzt wird. Preiszuschläge und Preisabschläge sollen künftig Anreize gegen Über- und Unterver-

sorgung setzen. 2010 werden zunächst nur Ärzte in unterversorgten Gebieten gefördert.

Dabei hängt die Förderung vom Grad der Unterversorgung ab. Der Unterversorgungspunktwert I kommt zukünftig zum Tragen, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten (Fachärzten) kleiner als 75 Prozent (50 Prozent) ist. Liegt der Versorgungsgrad unter 56,25 Prozent bei Hausärzten bzw. 37,5 Prozent bei Fachärzten, erhält der Arzt dann den Unterversorgungspunktwert II. Gemäß Anlage 4 zum Honorarvertrag 2010 gelten ab Januar folgende Punktwerte für Unterversorgung I und Unterversorgung II. (siehe Tabelle 1)

Drohende Unterversorgung wird künftig zu keinen gesonderten Einnahmen der Ärzte führen: Bei entsprechender Einschätzung durch den Landesauschuss Ärzte/Krankenkassen wird der Regelfallpunktwert Anwendung finden. Die bisher durch den Lan-

desausschuss Ärzte und Krankenkassen festgesetzten Leistungszuschläge gemäß § 105 SGB V zahlen die Krankenkassen bis zum Auslaufen der Bescheide (längstens 5 Jahre) allerdings weiter.

Das Prinzip, nach dem das Gesamthonorar auf die einzelnen Praxen verteilt wird, bleibt nahezu unverändert. Der Honorarverteilungsvertrag enthält die Berechnungsformeln und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen, die gemäß Beschlusstil F Anwendung finden sollen.

Zur Vermeidung von Schwankungen in der Vergütung der Fälle verständigten sich die Vertragspartner für das erste Quartal 2010 darauf, die freien Leistungen (Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV, jedoch von den Krankenkassen

innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden) einer Steuerung zu unterziehen. Für die Vorwegabzüge wurden Teilbudgets auf Basis der Vorjahresniveaus festgelegt. Bei Ausschöpfung dieser Budgets variiert dann der Punktwert für die freien Leistungen. Für das zweite Quartal 2010 hat der Bewertungsausschuss diesbezüglich einen Ankündigungsbeschluss getroffen, der zur Stabilisierung der Regelleistungsvolumina beitragen soll.

Der vdek begrüßt das Zustandekommen dieser Ergebnisse auf dem Verhandlungsweg. Enge Vertragspartnerschaft ist das Fundament, auf dem Schwierigkeiten in der Sicherstellung überwunden werden können. Der Weg zu differenzierten Preisen (Vergütungen) nach Versorgungslage muss für das Jahr 2011 weiter beschritten werden, um unseren Versicherten dauerhaft eine gute ambulante Versorgung zu sichern.

		Unterversorgung I (Cent)	Unterversorgung II (Cent)
Gruppe 1	alle Fachgruppen ohne: Radiologen, Chirurgen, Psychotherapeuten	3,8553	4,2058
Gruppe 2	Radiologen, Chirurgen	3,7852	4,0656
Gruppe 3	Psychotherapeuten	3,9779	4,4511

Tabelle 1: Punktwerte Unterversorgung

## Rettungswesen: Notarztkosten im Fokus



Die aktuellen Forderungen der KVSA (2010-1 bis 2010-4) werden noch ergänzt durch verschiedene Sonderpauschalen (Wochenende, Feiertag, Jahreswechsel, Sommerferien und Kurzfristigkeit). Letztere ist besonders intelligent und fällt mit 100 Euro auch noch üppig aus. Was bleibt ist die Erkenntnis, dass ein pauschaliertes System die notwendige Kostentransparenz verhindert.

Bereits in unserem Länderreport April 2009 hatten wir über den Rettungsdienst berichtet. Aus gegebenem Anlass hier nun eine Fortsetzung, bei der es um das Geld bei der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung geht.

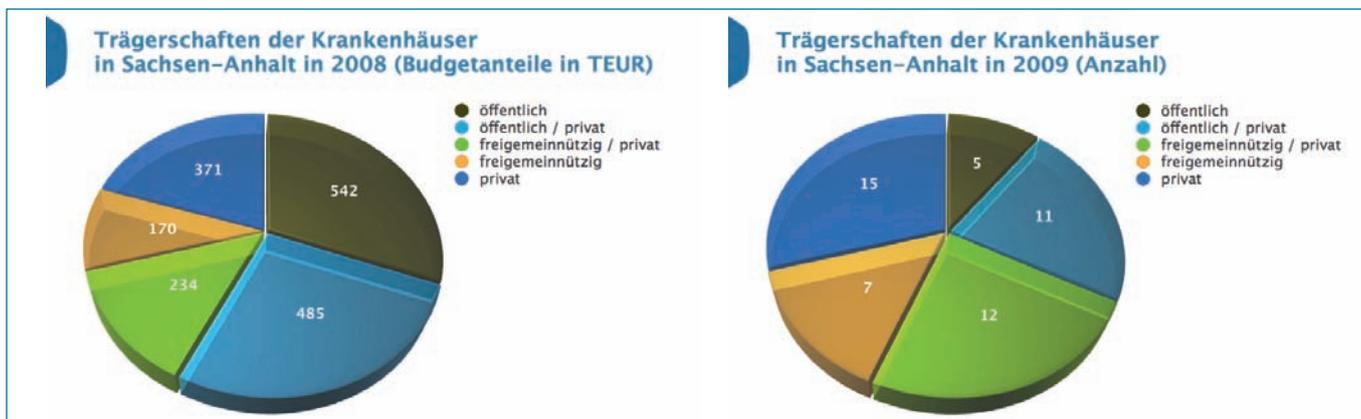
Seit knapp 3 Jahren liegt die Sicherstellungsaufgabe der notärztlichen Versorgung in der Obhut der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese hat für eine ausreichende notärztliche Arztvorhaltung zu sorgen.

Notärzte sind weitestgehend Angestellte an einem Krankenhaus. Jedoch ziehen sich die Krankenhäuser seit Jahren mehr und mehr aus ihrer gesetzlich festgeschriebenen Verantwortung zurück, sodass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vermehrt auf die Notarztbörse als „freier Markt“ zurückgreift. Dies führt zu einem Wettbewerb um Notärzte, der grenznah sogar zwischen den einzelnen Bundesländern herrscht. Freiberufler erhalten etwa in Thüringen höhere Pauschalen für die gleiche Stundenanzahl an Bereitschaftsdiensten.

Unangemessene Forderungen in den Verhandlungen für die Budgets 2010 sind die Folge. Während die KVSA 2009 eine durchschnittliche Steigerung von rund 5,8 % einforderte, will man in 2010 mittlerweile mehr als 30 %.

Steht diese Entwicklung in der Vergütung nicht im Widerspruch zu der jüngst in Kraft getretenen Reform der ärztlichen Vergütung, die von festen Eurobeträgen ausgeht? Hier haben sich Bund und Länder auf eine weitestgehend einheitliche Vergütung verständigt. Wir schlagen vor, die notärztliche Versorgung im Rettungswesen genauso mit sachgerechten und einheitlichen Beträgen, die wirtschaftlich und sachgerecht sind, zu bezahlen.

## Die aktuelle Statistik



Ab 2010 übernimmt die Rhön-Klinikum AG alle Krankenhäuser der Medigreif-Betriebsgesellschaft für Krankenhäuser, das betrifft in Sachsen-Anhalt 4 Krankenhäuser. Aus unserer aktuellen Statistik haben wir die Anteile der Trägerschaften nach Anzahl und Anteil hinsichtlich des Budgets in Sachsen-Anhalt für 2008 zusammengestellt.

## Das Kurzinterview mit dem Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalts (KGSAN)

Im Report Sachsen-Anhalt (Ausgabe April 2009) war eine Aufstellung von Ergebnissen der MDK Prüfungen zu Fragen der DRG-Kodierung abgebildet. Der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalts (KGSAN) nimmt Stellung.

▼ Die Sozialmedizinische Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) veröffentlicht seit Ende 2005 konsentiertere Kodierempfehlungen. Trotzdem gibt es weiterhin eine hohe Anzahl von Falschabrechnungen bei den Krankenhäusern. Welche Gründe sieht die KGSAN für diese Falschabrechnungen?

▲ Die seitens der Kassen proklamierte Zahl der Falschabrechnungen ist das Verhältnis zwischen geprüften Rechnungen und veröffentlichten fehlerhaften Rechnungen, gibt aber nicht das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der faktorierten Rechnungen und der fehlerhaften Rechnungen wieder. Es handelt sich bei der Ziehung der Rechnung um eine Vorselektion durch die Krankenkasse. In dieser Relation liegen die Zahlen weit unter 3 Prozent und verhalten sich im normalen Fehlerrahmen. Darüber hinaus sind derzeit über 60 Prozent der vom MDK aufgeführten Fehler juristisch bestritten.

▼ Gerade das Kodieren von Diagnosen und Prozeduren nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. Zeit, die eigentlich den Patienten zugutekommen sollte. Der hohe Zeitdruck der auf die dokumentierenden Ärzte fällt, beschwört geradezu die Fehlkodierungen herauf. Werden die Ärzte hin-

sichtlich des „Zeitdruckproblems“ geschult? Gibt es hier Unterstützungen durch die KGSAN?

▲ Erstens muss man an dieser Stelle festhalten, dass es keine hohe Zahl von Fehlern gibt. Zweitens ist zunächst die Frage zu stellen, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Kostenträger für den Verwaltungsaufwand der Krankenhausärzte bei der Kodierung bieten?

Die Inanspruchnahme der Krankenhausärzte durch MDK-Prüfungen zu erhöhen, führt nicht gerade zur Entbürokratisierung des Systems. Die KGSAN, welche ihre Mitglieder durch Schulungen nach Kräften unterstützt, würde sich über die politische Unterstützung der Krankenkassen bei der gesetzlichen Entbürokratisierung des Systems sehr freuen.

▼ Fehler im Datensatz gehören häufig noch zum Klinikalltag: Trotz Sichtung und Freigabe durch DRG-Beauftragte und Medizin-Controller kommt es immer wieder zu ungenauen Kodierungen, fehlenden Zweitcodes (z.B. die Erreger bei Infektionen) oder zu falschen Kode-Kombinationen bzw. einer unvollständigen OP-Kodierung. Die korrekte Kodierung ist jedoch der Schlüssel zur Weiterentwicklung des Systems. Was unternimmt die KGSAN um diese Probleme zu beheben?



Dr. Gösta Heelemann, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

▲ Über Fehler, Fehlerhaftigkeit und deren Unzulässigkeit haben wir bereits in unserer Antwort zur ersten Frage philosophiert. Fehler werden in allen Bereichen gemacht, in denen Menschen arbeiten.

Mit einer Netto-Fehlerquote kleiner als 1,5 Prozent gemessen an 550.000 Abrechnungen pro Jahr ist die Zahl der Fehler in einem normalen Bereich. Dies zum Trotz sind die Krankenhäuser bereit, durch permanentes Schulen der Mitarbeiter und durch Einführung moderner Organisationsstrukturen die gesetzlich vorgegebene Bürokratie immer stärker zu optimieren und zu präzisieren. Dies gelingt, anders als von den Kassen behauptet, mit nachweisbarem Erfolg.

▼ In den letzten Jahren hat sich bei der MDK-Prüfung nach Aussage des DKI eine Wandlung vollzogen. Wurden in den Jahren zuvor die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen als häufigster Begutachtungsgrund vom MDK angegeben, erfolgt jetzt wieder eine vermehrte Prüfung hinsichtlich der Dauer der stationären Behandlung. Worauf ist Ihrer Meinung nach diese Wandlung zurückzuführen?

▲ Die Dauer der stationären Behandlung ist mit Einführung des Fallpauschalensystems im Allgemei-

nen unabhängig von der Behandlungsvergütung; im Besonderen jedoch wird im Rahmen eines Zahlungs-/Abzugsverfahrens zwischen Mindestaufhalten und Maximalaufhalten unterschieden. Wird nun der Mindestaufhalt (untere Grenzverweildauer) unterschritten, verringert sich anteilig die Abrechnungsvergütung. Seit der Gesetzgeber einen Kostenbeitrag gegenüber den Krankenkassen für nicht zu Rechnungsänderungen führenden MDK-Einzelfallprüfungen eingeführt hat, ist die Verweildauer deshalb stärker in den Focus der Krankenkassen und des MDK gerückt, um ihre eigenen Kosten bei der Durchführung der Prüfung zu verringern. Diese Feststellungen sind nach Untersuchungen der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der KGSAN signifikant.

Aus allen ostdeutschen Bundesländern meldeten Krankenhäuser – auch in Sachsen-Anhalt – dass MDK-Prüfungen gezielt eingesetzt werden, um eine Reduzierung des Investitionszuschlages von 5,62 EURO je Behandlungstag durch Streichung eines Verweildauertages zu erreichen, um damit die sonst unveränderte Rechnungstellung des Krankenhauses „künstlich“ zu korrigieren. Die KGSAN bittet dringend, im Sinne der Zukunftssicherung der Krankenhäuser von solchen Vorgehensweisen abzusehen.

## ZUM JAHRESWECHSEL

Liebe Leserinnen und Leser,

ein ereignisreiches Jahr geht nun zu Ende. Zum Jahreswechsel bleibt Gelegenheit

zur Rückbesinnung. Nutzen Sie die Zeit um Kraft für das neue Jahr zu schöpfen.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen ein geruhiges Weihnachtsfest und ein erfolgreiches neues Jahr.



## INFO

### Änderungen bei den Ersatzkassen

Zum 1. Januar 2010 fusionieren die DAK und die HMK, sowie die Barmer Ersatzkasse und die GEK. Mit der letztgenannten Fusion entsteht zudem die mitglieder- bzw. versichertenstärkste Krankenkasse Deutschlands. Dem Verband der Ersatzkassen (vdek) gehören damit folgende Mitglieds-kassen mit über 24 Mio. Versicherten an:

- Barmer Ersatzkasse / GEK
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- KKH-Allianz
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

#### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek

Schleifufer 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