

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KRANKENHAUSPLANUNG vdek legt Eckpunkte vor | SYMPOSIUM Qualität entscheidendes Planungskriterium | SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS sorgt für Entlastung?

## SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . FEBRUAR 2015

### GESETZGEBUNG

## Zielrichtung Ja Finanzierung Nein!



FOTO: contrastwerkstatt - Fotolia.com

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat zum Thema Prävention einen Gesetzesentwurf vorgelegt. Er verfolgt aus Sicht des vdek viele gute Ansätze, um Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen. So ist es zum Beispiel richtig den Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen wie Arbeitslose, wirtschaftlich Schwache und Migranten zu richten. Allerdings müsse man diese Ansätze auch konsequent zu Ende führen. Während das Gesetz in seiner Zielrichtung den gesellschaftlichen Konsens „Für Alle“ Rechnung trägt, bleibt eine finanzielle Absicherung einzig und allein bei Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Sozialer Pflegeversicherung „hängen“. Weder die Private Krankenversicherung (PKV) noch weitere Sozialversicherungsträger, schon gar nicht Bund, Länder und Kommunen werden finanziell „gesamtgesellschaftlich“ eingebunden.

### 16. GESUNDHEITSPOLITISCHES SYMPOSIUM

## Qualität als Planungsparameter

Die große Koalition hat sich viel vorgenommen, um die Qualität von Dienstleistungen der Krankenhäuser transparenter zu machen. Qualität soll als Parameter Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder nehmen.

**D**er vdek Sachsen-Anhalt hat diese Agenda als Thema für das 16. Symposium in Magdeburg aufgegriffen. Denn es ist fraglich, ob all diese Maßnahmen ausreichen, um sachgerechten Strukturwandel im Krankenhaussektor zu befördern. Karsten Neumann vom IGES-Institut Berlin und Astrid Wallrabenstein von der Universität Frankfurt stellten planerische und juristische Anforderungen dieser Aufgabe vor.

### Harmonisierte Gesetzgebung?

So betonte Wallrabenstein, dass die konkurrierende Gesetzgebung von Bund und Land auf Basis der aktuellen Gesetze eine einseitige Leistungsplanung auf Landesebene verhindert. Der Vorrang der Bundesgesetzgebung bedeutet, dass zugelassene Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern sind. Nur eine Öffnung dieser auf Kapazitäten ausgerichtete Regel hin zu Leistungs- und Qualitätsaspekten erlaubt entsprechende Anpassungen auf der Landesebene. Klar müsse sein, dass ein Gericht nur über gesetzlich geregelte Sachverhalte urteilen kann.

Neumann stellte anhand von internationalen Beispielen heraus, dass mehr

Transparenz in der Qualität medizinischer Leistungen möglich ist. So sind in den USA anhand eines Fallbeispiels die Überlebenswahrscheinlichkeiten bei Operationen nach dem jeweils behandelnden Arzt bekannt. Spezialisierung und Entwicklung der Krankenhausplanung anhand von Ergebnissen aus der Qualitätssicherung sollten dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern. Das IGES empfiehlt bei drohenden Engpässen in der wohnortnahen stationären Versorgung medizinische Versorgungszentren als effiziente Alternative.

Ingo Kailuweit und Markus Rudolphi bewerteten diese Vorüberlegungen aus Sicht eines Kostenträgers und aus Sicht der Ärzte und Krankenhäuser. Kailuweit griff den Vorschlag des IGES für mehr Transparenz heraus und erläuterte die Hilfen für Versicherte bei der Wahl von Therapie und Krankenhaus am Beispiel der KKH. Patienten sollten wissen, welche Risiken sie eingehen, wenn sie ein Krankenhaus wählen und wie hoch diese Risiken in anderen Krankenhäusern sind. Außerdem sollten sie auch alternative Behandlungsformen in Betracht ziehen können. Hier könnte das Zweitmeinungsverfahren eine wesentliche Unterstützung bieten.



### Planung 2.0



von  
DR. KLAUS HOLST  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Sachsen-Anhalt

FOTO vdek

Das vdek Symposium 2014 in Magdeburg hat gezeigt, dass es neben einem konsistenten rechtlichen Rahmen optimaler Entscheidungen der Akteure bedarf, um zu einem Erfolg der Krankenhausplanung zu kommen. Was hilft die klarste Planvorgabe, wenn niedergelassene Ärzte, Leitstellen im Rettungswesen oder betroffene Patienten – im Hinblick auf die beste Qualität – das falsche Krankenhaus wählen?

Der Vorsitzende der Kaufmännischen Krankenkasse Ingo Kailuweit mahnte deswegen volle Transparenz über die Qualität von Krankenhäusern an. Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten Hilfestellung, wenn es darum geht, die für sie bestmögliche Behandlung zu finden. Aber in den meisten Fällen werden es niedergelassene Ärzte sein, die ihren Patienten bei planbaren Behandlungen den Weg in das Krankenhaus der Wahl vorgeben. Deswegen braucht eine wirksame Krankenhausplanung Instrumente, die den Ärzten aufzeigen, wo für ihre Patienten die beste stationäre Behandlungsqualität bereit steht. Dasselbe gilt natürlich auch für die Entscheidungsprozesse in den 14 Rettungsleitstellen des Landes. Es kann nicht sein, dass Patienten nur zufällig bestmögliche Behandlung erhalten. Hier ist eine moderne Krankenhausplanung gefordert, die wesentliche Informationen mit einer ausreichenden Verbindlichkeit für die Entscheider zur Verfügung stellen.



FOTO vdek

FRAU PROF. DR. WALLRABENSTEIN während ihres Vortrages

Rudolphi zeigte sich den vorgestellten Reformideen grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber. Klar müsste aber sein, welches Verfahren zur Messung von Qualität der „Goldstandard“ wird. Derzeit gibt es bereits sehr viele konkurrierende Zertifizierungsverfahren auf unterschiedlicher Basis. Hinzu kommt, dass auch noch nicht alle weltweit relevanten Qualitätsverfahren auf ihre Tauglichkeit für eine Anwendung in Deutschland geprüft sind. Hier ist noch viel Arbeit zu leisten, um zu einem übergreifenden Konsens im deutschen Gesundheitswesen zu kommen. Auch bezüglich der Mindestmengendiskussion hielt er entgegen, dass nicht grundsätzlich Krankenhäuser mit geringen Mengen auch eine schlechte Qualität abliefern.

#### Daseinsvorsorge prioritär

Am zweiten Tag stellten Gösta Heelemann, Reinhard Nehring und Jan Hülsemann die Landessicht zur Umsetzung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes vor.

Reinhard Nehring berichtete detailliert über den Stand der Beratungen aus der Arbeitsgruppe von Bund und Ländern. Er verwies darauf, dass eine Reform der Krankenhausfinanzierung einerseits die Daseinsvorsorge und andererseits die Beitragssatzstabilität zu beachten hat. In Sachsen-Anhalt liegen die OP-Zahlen weit über dem Bundesdurchschnitt, weshalb

das Zweitmeinungsverfahren auch im Sinne einer Evaluation zu begrüßen ist. Die künftige Krankenhausplanung sollte in die Lage versetzt werden, die Kooperation und Abstimmung der Uni-Kliniken im Land zu regeln. Der Krankenhausplan des Landes soll künftig für vier Jahre gelten und verbindliche Vorgaben für Qualität enthalten. Die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in medizinische Versorgungszentren soll möglich werden.

Sachsen-Anhalt ist in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht vertreten. Dennoch hat das Land seine Positionen benannt. So herrscht Konsens, dass der gemeinsame Bundesausschuss Voraussetzung und Höhe von Sicherstellungszuschlägen festlegt. Die obligatorischen Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen für die Bürger öffentlich und transparent lesbar sein. Ein einheitliches Verfahren soll die Vergleichbarkeit dieser Berichte sicherstellen.

Jan Hülsemann berichtete über das Qualitätsmanagement der Universität Magdeburg. Es gibt schon heute eine umfangreiche Datenbank und Erhebungen von Daten zur Qualitätssicherung im stationären Sektor (Aqua-Institut). Es wäre geboten, eine Harmonisierung und Abstimmung unter den verschiedenen Qualitätssicherungssystemen herbeizuführen. Er erläuterte auch die angespannte Situation der Hochschulambulanzen (vgl. Interview Seite 3 und [www.vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html](http://www.vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html)). ■

## INTERVIEW

# Planungssicherheit ist das A und O

Der ärztliche Direktor äußerte sich am Rande unseres Symposiums zum Stellenwert der Krankenhausplanung, zur Finanzsituation der Universitätsklinik und zur Bedeutung der Hochschulambulanzen in Sachsen-Anhalt.

**vdek** Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe arbeitet aktuell an der Umsetzung der Ziele, die sich die Große Koalition für die Krankenhausplanung gesetzt hat. Welche Forderungen stellen Sie an einen neuen Krankenhausplan?

**Dr. Hülsemann** Als Verantwortlicher für ein Krankenhaus der Maximalversorgung erwarte ich von einem Krankenhausplan Sicherheit, um das Gesamte für die Ausbildung von Studenten und für die Weiterbildung von Ärzten notwendige Spektrum der Medizin abdecken zu können. Die Möglichkeit der Ausweitung von finanziell lukrativen Leistungen in allen Krankenhäusern, die zu einer Überversorgung führt, muss verhindert werden. Die im Krankenhausplan festgelegte Leistungserbringung sollte längerfristig erfolgen, damit die Krankenhäuser, auch die Universitätsklinik, Planungssicherheit haben. Allerdings muss die Krankenhausplanung auch auf veränderte Gegebenheiten reagieren können. Die Planung an Qualitätsanforderungen zu knüpfen mag zwar sinnvoll sein, justiziable, transparente und überprüfbare Kriterien hierfür zu entwickeln, dürfte jedoch sehr schwierig werden.

**vdek** In Sachsen-Anhalt ist die Konsolidierung der Finanzen an beiden Universitätskliniken ein großes Thema. Was will das Universitätsklinikum Magdeburg beitragen, um dauerhaft schwarze Zahlen zu schreiben?

**J.H.** Nahezu zwei Drittel aller 33 Universitätsklinikum haben das Jahr 2014 voraussichtlich mit einem zum Teil zweistelligen Defizit abgeschlossen. In den Jahren

2012 und 2013 belief sich das Gesamtdefizit auf 260 Millionen Euro.

Vor diesem Hintergrund hat das Universitätsklinikum Magdeburg seit zwei Jahren eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, um weitere Defizite abzuwenden. Dies führt zu Umstrukturierungen, der Umverteilung von Ressourcen wie Betten, besonders ITS-, IMC- und OP-Kapazitäten und der Schaffung von Kurzliegerstationen. Zu den Maßnahmen gehören auch die Neugestaltung von Prozessen und eine von Mitarbeitern oft schmerzlich empfundene Personalbemessung. Im Bereich der Transplantation gibt es klare Festlegungen und Vereinbarungen mit dem Universitätsklinikum Halle, wovon beide Standorte profitieren. Schließlich arbeiten wir an durch Vereinbarungen unterlegte Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern. Dennoch wird es trotz aller eigenen Anstrengungen ohne zusätzliche Lösungen auf Bundes- und auf Landesebene sehr schwierig sein, die Universitätsmedizin als Grundlage der Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems weiter zu entwickeln.

**vdek** Die Große Koalition hat sich auch vorgenommen, die Fälle der Hochschulambulanzen künftig leistungsgerecht zu vergüten. Was verstehen Sie hierunter? Sollten die Leistungen der Hochschulambulanzen auch in der ärztlichen Bedarfsplanung berücksichtigt werden?

**J.H.** Seit vielen Jahren sind die Hochschulambulanzen unterfinanziert. Dies trifft ganz besonders für Sachsen-Anhalt zu, wo bundesweit eine der niedrigsten Pauschalen für eine vollkommen unzureichende



DR. MED. JAN L. HÜLSEMANN, MBA  
Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Magdeburg

FOTO vdek

Fallzahl vergütet wird. So ist z.B. das Universitätsklinikum Magdeburg in der Situation, mehr als 20.000 Hochschulambulanzfälle gar nicht vergütet zu bekommen. Inzwischen wurde erkannt, dass die Hochschulambulanzen eben nur zu einem geringeren Teil den Zwecken von Forschung und Lehre dienen, sondern Aufgaben in der Krankenversorgung von besonders schweren und komplexen Erkrankungen übernehmen. Dass nun im Entwurf der Bundesregierung für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen ist, dass die Selbstverwaltungspartner, nämlich GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Auftrag erhalten, diesen Personenkreis näher zu bestimmen ohne Beteiligung der Universitätsmedizin, konterkariert die ursprüngliche Intention. Außerdem sollte die noch kurzfristig in den Kabinettsentwurf aufgenommene Regelung zur Begrenzung der bisherigen Ermächtigung für Forschung und Lehre gestrichen werden. Ob die Leistungen der Hochschulambulanzen in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollten, ist für mich zweitrangig. Zunächst muss Allen klar sein, dass die Leistungen seit Jahren ohne adäquate Vergütung erbracht werden. ■

## Die gute „Zahnfee“ im Pflegeheim



FOTO Gerhard Wenzelböck – Fotolia.com

Zahnmedizinische Versorgung setzt auf Eigenverantwortung. Das gilt sowohl für junge als auch für ältere Menschen. Gerade aber pflegebedürftige, ältere Menschen sind dazu jedoch oft nicht mehr in der Lage. Dies führt bei ihnen zu Defiziten bei der Mundgesundheit, die dann in Wechselwirkung zu anderen Krankheiten stehen. Um dem abzuhelpfen, gibt es eine Neuregelung, wonach die zahnmedizinische Versorgung dieser Patienten Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen ist. Voraussetzung ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Zahnarzt und der stationären Pflegeeinrichtung.

In Sachsen-Anhalt haben bereits 185 von den 485 stationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Behandlungsverträge abgeschlossen. Aufwendige Krankenfahrten von Bewohnern aus den Heimen zur zahnmedizinischen Behandlung werden im Interesse der zu pflegenden Patienten vom Regel- zum Ausnahmefall! Nach Angaben der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt engagieren sich 111 von den 1671 Zahnärzten in Sachsen-Anhalt für diese besondere zahnmedizinische Versorgung. Das ist landesweit fast flächendeckend und Sachsen-Anhalt ist in der zahnärztliche Behandlung in Alten- und Pflegeheimen bundesweit federführend.

# Neuausrichtung der Krankenhausplanung

Aus Sicht der Ersatzkassen gibt es deutlichen Reformbedarf im stationären Sektor unseres Gesundheitswesens. Folgende Handlungsschwerpunkte werden von den Ersatzkassen definiert:



FOTO vdek

AUFMERKSAME TEILNEHMER des 16. gesundheitspolitischen Symposiums

Viele Kliniken melden rote Zahlen, Qualitätsdefizite sind in der Öffentlichkeit ein Thema geworden und die Krankenhausfinanzierung der Länder bleibt dauerhaft hinter den wirtschaftlichen Notwendigkeiten zurück. Hinzu kommt, dass die Krankenhausplanung nach Betten von der Wirklichkeit längst abgekoppelt ist: Krankenhäuser arbeiten intern anhand von Leistungsdaten, da das DRG-System ihre Finanzierung bestimmt. Die herkömmliche Bekanntgabe von Krankenhausbetten in Krankenhausplänen ist eine Kapazitätsplanung, die mit den aktuellen leistungsorientierten Entscheidungen direkt nichts zu tun hat. Das hat auch dazu geführt, dass Kliniken ihre leistungsrechtlichen Ansprüche in Schiedsstellenverfahren regelmäßig gegen planerisch begründete Anträge der Kassenverbände durchsetzen. Die

Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhausplanung sind nach Einführung des DRG-Systems weitgehend begrenzt. Die Ersatzkassen halten es jedoch für keine Option, die Krankenhausplanung durch reine Wettbewerbsmodelle zu ersetzen.

### 1 Einheitliche Länderplanung durch Kriterien von der Bundesebene

Der vdek schlägt eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung vor. Die Bundesländer sollten ihre Krankenhauspläne neben den bisherigen Aspekten wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit anhand messbarer Qualitätskriterien gestalten. Es sollte eine Zuordnung der DRG zu entsprechenden Versorgungsstufen und Fachabteilungen für die einzelnen Plankrankenhäuser im Krankenhausplan erfolgen. Diese Zuordnung gibt der gemeinsame

Bundesausschuss (G-BA) vor. Der G-BA sollte die Versorgungsregionen nach Bevölkerungsdichte einstufen. Auf dieser Basis wären Vorgaben für eine gleichmäßige stationäre Versorgung in Städten und ländlichen Regionen zu entwickeln. Kennzahlen für die regionale Bedarfsgerechtigkeit würden den Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in den Regionen vorgeben.

## 2 Leistungsplanung der Bundesländer

Der Krankenhausplan des Landes könnte auf dieser Basis die DRGs für die einzelnen Plankrankenhäuser ausweisen, für deren Abrechnung diese zugelassen sind. Die zugelassenen DRGs wären nach Versorgungsstufen und Fachabteilungen des Krankenhausplanes gestaffelt. Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren müssten in die Planung einfließen. Krankenhäuser müssten vorgegebene Anforderungen der Strukturqualität erfüllen.

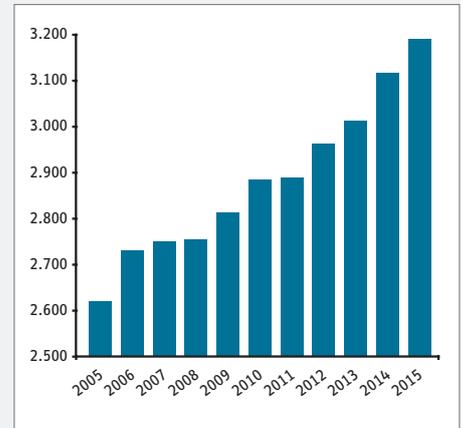
## 3 Selektivverträge, Vereinbarungen krankenhausbezogener Leistungen und Sicherstellungszuschläge auf örtlicher Ebene

Die Ist-Situation in der Versorgung wäre so zunächst auf Fehlversorgung zu überprüfen. Dauerhafte Qualitätsdefizite müssten zur Begrenzung von Leistungen führen. So könnte das Leistungsspektrum eines Krankenhauses erstmals anhand detaillierter Vorgaben für seinen Versorgungsauftrag vereinbart werden. Mit Krankenhäusern, die eine überdurchschnittliche Qualität aufweisen, dürften die Verbände bei planbaren Leistungen Selektivverträge mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen schließen. In überversorgten Regionen erhalten die Vertragsparteien die Möglichkeit zum Abbau von Leistungen. Bei Überversorgung entfällt der kollektive Kontrahierungszwang. Unterversorgung könnten sie mit Hilfe von Sicherstellungszuschlägen und Öffnung zur ambulanten Versorgung entgegenwirken.

## STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

# Landesbasisfallwert für 2015 geeint

Der von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung vereinbarte Landesbasisfallwert (LBFW) für die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt beträgt nunmehr 3.190,81 Euro und liegt damit rund 73 Euro über dem bisher geltenden Wert. Den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt werden damit voraussichtlich insgesamt rund 45 Millionen Euro mehr als noch im letzten Jahr für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen. Kliniken und Kassen haben damit eine sichere Planungsgrundlage für 2015.



ENTWICKLUNG des Landesbasisfallwerts in Sachsen-Anhalt

GÖAFIK vdek, eigene Berechnungen; Angaben in Euro

## 4 Mehr Kompetenzen für die Selbstverwaltung

Die Bewertung des Leistungsgeschehens im stationären Sektor anhand von Abrechnungsdaten und Richtlinien des G-BA sollte den Vertragsparteien auf Landesebene ermöglichen, Fehlversorgung verbindlich festzustellen. Bei festgestellten Defiziten oder Fehlentwicklungen erhalten die Krankenkassen ein erweitertes Mitspracherecht und dürfen dem Sozialministerium entsprechende Maßnahmen unterbreiten. Diese wären dann regelmäßig anzunehmen. Insbesondere bei Qualitätsmängeln können Versorgungsverträge oder Teile davon gekündigt werden. Die Landesebene kann veranlassen, dass der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob Qualitätsvorgaben eingehalten werden.

## 5 Sektorenübergreifende Betrachtung

Die Krankenhausplanung müsste den ambulanten Sektor in die Betrachtung einbeziehen. Anhand einheitlicher sektorenübergreifender Daten sollte perspektivisch eine sektorenübergreifende Planung erfolgen. So würde in strukturschwachen Regionen eine Öffnung oder Umwidmung eines

Krankenhauses hin zur ambulanten Versorgung das sektorenübergreifende Versorgungsangebot verbessern. Dabei sollte das Leistungsportfolio des Krankenhauses optimiert und seine wirtschaftliche Lage gesichert werden.

## 6 Beteiligung des Bundes an der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen

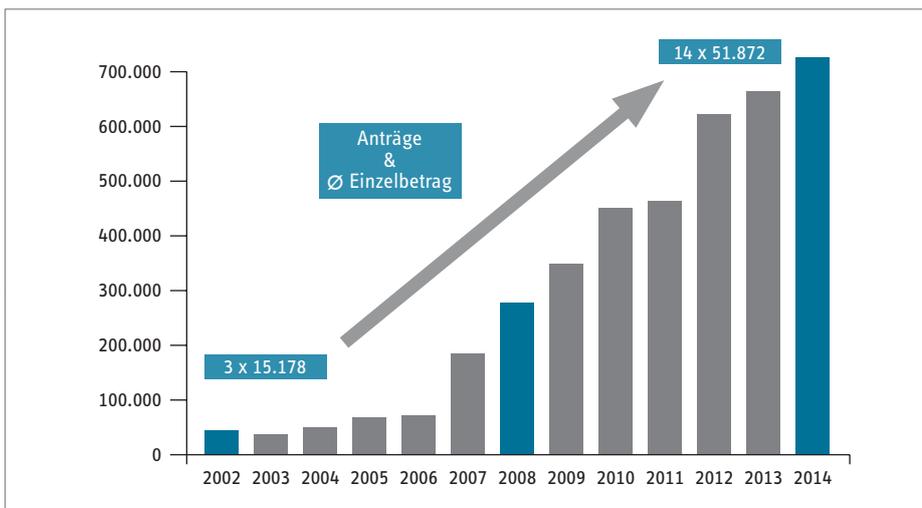
Der Bund sollte sich an der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen beteiligen, wobei die Verantwortung für die Krankenhausplanung bei den Ländern verbleibt.

## 7 Investitionsprogramme

Die Bundesländer müssen sich perspektivisch verpflichten, ihre Pauschalförderung auf die Förderung leistungsbezogener Investitionsbewertungsrelationen umzustellen, auch um die Finanzierung von Investitionen zu vereinheitlichen. Die Verpflichtung zur Einzelförderung bleibt hiervon unberührt. Die Krankenkassen erhalten ein verbindliches Mitspracherecht bei der Erstellung der Investitionsprogramme für die Einzelförderung – dies ist bei den Entscheidungen der gemeinsamen Kommission gem. Artikel 14 GSG in Sachsen-Anhalt schon heute der Fall. ■

# Das Sterben gehört zum Leben

Die Unterstützung der ambulanten, ehrenamtlichen Hospizarbeit ist in den letzten zwölf Jahren sowohl hinsichtlich der Förderanzahl, als auch in der Höhe der finanziellen Unterstützung deutlich gewachsen.



GRAFIK: vielek, Angaben in Euro; Stand: 2014

FÖRDERUNG FÜR AMBULANTE HOSPIZE in Sachsen-Anhalt

**K**aum etwas bewegt so sehr, wie die Begegnung mit dem Tod. Doch kaum etwas geschieht heute so sehr im Verborgenen wie das Sterben.

„Dem Sterben seinen natürlichen Lauf lassen“ – diese Forderung entstammt der Grundüberzeugung vieler, die sich in der Hospizbewegung in Deutschland engagieren.

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen sterbende Menschen mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Ziel ist die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität auch im letzten Lebensabschnitt. Notwendig hierfür ist eine professionelle Arbeit, welche durch Fachkräfte und Ehrenamtliche im Team geleistet wird. Im Hospiz werden unheilbare Krankheiten im Finalstadium behandelt. Aus diesem Grund muss ein stationäres Hospiz auf Möglichkeiten von Kriseninterventionen, körperlicher und psychischer Art eingerichtet sein.

Auch in Sachsen-Anhalt hat sich die Hospizbewegung sehr erfolgreich etabliert. In

den 14 ambulanten und sechs stationären Hospizeinrichtungen stehen die persönlichen Wünsche sowie die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden im Mittelpunkt. Im Akutbereich vervollständigen 23 Krankenhäuser mit palliativmedizinischen Komplexbehandlungen die medizinische Versorgung. Mit den stationären Hospizen in Magdeburg, Halle, Stendal, Dessau-Roßlau, Quedlinburg und dem Kinderhospiz in Magdeburg haben wir insgesamt sechs Standorte, die sich den Bedürfnissen und Rechten Sterbender annehmen. Mit den Hospizeinrichtungen in Bad Berka und Nordhausen in unserem benachbarten Bundesland Thüringen, die auch Einfluss auf die Versorgung von Gebieten im südlichen Sachsen-Anhalt haben, ist die stationäre Hospizversorgung ausreichend abgesichert.

Bei Fragen zur Leistungsbewilligung und Kostenübernahme von Hospizleistungen ist ihre Pflegekasse ein kompetenter Ansprechpartner. ■

# BERATUNG GROSSGESCHRIEBEN



FOTO: vielek

Ein neuer Flyer informiert über das umfassende Angebot der vernetzten Pflegeberatung. Diese wurde 2009 mit dem Ziel der Verknüpfung der verschiedenen Beratungsangebote ins Leben gerufen. Damit konnte eine deutlich intensivere Zusammenarbeit von Kommunen und Kranken- und Pflegekassen erreicht werden. Dieses trägerübergreifende Angebot sichert in Sachsen-Anhalt die zielgenaue und aufeinander abgestimmte Beratung und Unterstützung.

Oft ist bei eintretender Pflegebedürftigkeit bzw. bei bestehender Pflegebedürftigkeit und Verschlechterung des Zustandes schnelles Handeln erforderlich. Dann ist es wichtig, schnell und unkompliziert alles Notwendige für eine ausreichende Versorgung der Pflegebedürftigen in die Wege zu leiten. Das Angebot der Vernetzten Pflegeberatung richtet sich somit vorrangig an von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen und deren Angehörige. Darüber hinaus sind Personen, die sich lediglich allgemein zum Thema Pflege beraten lassen wollen, ebenso gern willkommen.

Der Flyer kann auch auf der Internetseite der Vernetzten Pflegeberatung unter [www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de](http://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de) ausgedruckt werden.

# Mehr Gerechtigkeit durch mehr Instanzen?

Die Sozialgerichte in Deutschland sind überlastet mit Klagen von Krankenhäusern gegen Entgeltkürzungen von Krankenkassen bei der Abrechnung ihrer Fälle. Der Gesetzgeber will auf Drängen der Sozialrichter deshalb helfen.

In Sachsen-Anhalt sind die Vorbereitungen für die Einrichtung dieser Schlichtungsstelle weit gediehen. Verbände der Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft haben eine Vereinbarung zur Errichtung der Schlichtungsstelle weitestgehend konsentiert und auch schon einen künftigen Vorsitzenden gefunden. Jetzt geht es noch um Besetzungsfragen hinsichtlich der Anzahl und der Qualifikation der Mitglieder der Schlichtungsstelle und auch um rechtliche Fragen, die nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 8. Oktober 2014 neu entstanden sind:

Das BSG hat zur Rechtsnatur ausgeführt, dass der Schlichtungsausschuss als Behörde im Sinne des Verfahrensrechts analog der Schiedsämter gem. § 89 SGB V zu sehen ist. Das vorgesehene Mediationsverfahren ist demnach ein Verwaltungsverfahren, das die Parteien genauso wie die Entscheidungen der Schiedsämter gem. § 89 SGB V beklagen können. Der Schlichtungsausschuss wäre damit selbst als Institution zu beklagen. Diese Klarstellung stellt die Intension des Gesetzgebers, die Welle an Klagen mit einem abschließenden Mediationsverfahren abzufangen, infrage. Es ist zu befürchten, dass die neue Schlichtungsstelle nur zu einer weiteren bürokratischen Instanz degeneriert, deren Mediation die Fälle selten löst. Wenn man davon ausgeht, dass Krankenkassen und Krankenhäuser gute Gründe und ein umfangreiches Erfahrungswissen für die Einleitung von Klageverfahren haben, dürfte eine vorgeschaltete Mediation in der Sache kaum helfen.

Die schriftliche Begründung des Urteils ist abzuwarten. Was aber passiert,

solange der Schlichtungsausschuss in Sachsen-Anhalt noch nicht funktionsfähig ist?

Das BSG hat zu dieser Frage klargestellt, dass Klagen vor den Sozialgerichten auch ohne Schlichtungsverfahren zulässig sind, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung ein entsprechender Ausschuss nicht errichtet war. Die Vorschrift des Gesetzgebers, dass zur Entlastung der Sozialgerichte vor Klageerhebung verpflichtend ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist, greift erst dann, wenn ein Schlichtungsausschuss errichtet ist, der die Streitschlichtung wahrnehmen kann. Solange dies nicht erfolgt ist, sind Klagen ohne Durchführung des Schlichtungsverfahrens zulässig. Die verfassungsrechtliche Garantie auf effektiven Rechtsschutz verlangt, dass die Anrufung eines Schlichtungsausschusses erst dann unerlässliche Prozessvoraussetzung ist, wenn dieser auch tatsächlich angerufen werden kann.

Der Schlichtungsausschuss nach § 17c Abs. 4 KHG muss den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankhausgesellschaft also seine Errichtung und Handlungsfähigkeit anzeigen. Solange dies nicht der Fall ist, übernimmt die Schiedsstelle gem. § 18 a SGB V die Klärung zu anfallenden Verfahrensfragen. Diese haben die Landesvertretung und die Krankenhausgesellschaft gemeinsam mit dem Vorsitzenden der Schiedsstelle gem. § 18 a KHG beraten. Die Beteiligten haben Einigkeit erzielt, dass auch die Schiedsstelle ihre Funktionsfähigkeit erklären muss, um als arbeitsfähig zu gelten. Die Krankenhausgesellschaft

informierte ihre Mitglieder in einem Rundschreiben, dass diese Erklärung der Schiedsstelle gem. § 18 a KHG nicht vorliegt und den Krankenhäusern somit der direkte Zugang zu den Sozialgerichten weiterhin offen steht

Weiterhin ist zu bemerken, dass der Gesetzgeber mit dem Willen Streitigkeiten mit Endklärungscharakter auf die Ebene der Selbstverwaltung zu ziehen, hier die Verschiebung von einer steuerfinanzierten rechtsstaatlichen Regelung zur Regelung



FOTO fotomek - Fotolia.com / vdek

auf der Ebene der Selbstverwaltung einschlägt. Es bleibt abzuwarten, welche Entscheidungen der Gesetzgeber demnächst nicht mehr über die steuerfinanzierten Sozialgerichte zu klären gedenkt. Und andererseits ist zu hoffen, dass die Beitragszahler fragen, wofür ihre Beiträge verwendet werden, für die Vergütung von Leistungen oder die Verwaltung der strittigen Fälle mit den Krankenhäusern. ■

BÜCHER

## „Wie fessele ich mein Publikum?“

Was haben Steve Jobs und Cicero gemeinsam? Gibt es ein Rezept für die perfekte Rede? Wie kann man Präsentationen gestalten, die sich durch Überraschungseffekte direkt in das Hirn der Zuhörer beamen? Was können wir von Barak Obama lernen, seinem Auftreten, seinem Charisma? Wie kann ich mit visueller Rhetorik mehr Wissen vermitteln? Die 22 Autorinnen und Autoren sind Top-Experten auf ihrem Gebiet und geben in diesem Buch darauf ebenso spannende wie kurzweilige Antworten.



Nikolaus B. Enkelmann (Hrsg.)  
Die besten Ideen für erfolgreiche Rhetorik  
Erfolgreiche Speaker verraten ihre besten Konzepte  
2014, 272 S., € 29,90  
GABAL Verlag

## Verhandeln – und gewinnen!

Lassen Sie sich nicht mehr über den Tisch ziehen durch dominante Verhandler. Verhandeln Sie zukünftig professionell und erkennen Sie Manipulationen. Sie fragen sich jetzt: aber wie? Das Buch von Jutta Portner gibt Ihnen dazu durch zeitgemäße, praktische Übungen und den Ansatz des Selbsttrainings wertvolle Anregungen. Als Weiterentwicklung des Klassikers „Das Harvard-Konzept“ (1981) vermittelt die internationale Verhandlungsexpertin die neuesten, zeitgemäßen Techniken und zeigt praktische Übungen für eine erfolgreiche Verhandlungsführung.



Jutta Portner  
Besser Verhandeln  
Das Trainingstagebuch  
2014, 392 S., € 29,90  
GABAL Verlag

STATISTIK

## Basisdaten aktualisiert

GRAFIK vdek



Wie viel Geld wird in Deutschland für die Gesundheit ausgegeben? Welche sind die häufigsten Operationen in Krankenhäusern? Wie viele Ärzte und Zahnärzte arbeiten hierzulande? Antworten auf diese und viele weitere gesundheitspolitisch interessante Fragen liefert die mittlerweile 19. Auflage der Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015“. In fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Finanzen, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) stellen übersichtliche Grafiken und kompakte Tabellen die Finanz- und Versichertendaten dar. Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie weitere volkswirtschaftliche Daten ergänzen die Daten zum Gesundheitswesen. Neben dem kostenlosen Druckexemplar der Broschüre bietet der vdek alle Darstellungen der Broschüre sowie weitere in der Broschüre nicht abgebildete Darstellungen auf seiner Webseite im JPG-Format zum Download an. Mithilfe eines QR-Codes, der auf der Broschüre aufgedruckt ist, können zudem alle Darstellungen direkt auf mobile Endgeräte (Smartphones und Tablets) von der vdek-Webseite abgerufen werden. Eine händische Eingabe der Webadresse entfällt somit. Eine Druckausgabe der Broschüre kann unter [basisdaten@vdek.com](mailto:basisdaten@vdek.com) oder Fax: 030 / 2 69 31 - 29 15 bestellt werden.

GRAFIK vdek

SELBSTVERWALTUNG

## Neue Webseite, besserer Überblick



Die 12. Sozialwahl in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung findet 2017 statt. Wahlberechtigte Versicherte aller Ersatzkassen sind dann wieder aufgerufen, ihre Vertreter in die Parlamente ihrer Kassen für eine sechsjährige Legislatur zu wählen. Grund genug, den Internetauftritt – quasi auf halber Wegstrecke, gründlich zu überarbeiten. Wer sich also jetzt schon mal grundsätzlich informieren möchte, dem werden dazu im neuen Internetportal [www.selbstverwaltung.de](http://www.selbstverwaltung.de) alles Wissenswerte, alle Fakten und Hintergründe über die „Selbstverwaltung“ in der deutschen Sozialversicherung anschaulich präsentiert. Auf der Startseite zeigt ein Animationsfilm Aufgaben und Ziele der Selbstverwaltung. Darüber hinaus sind Porträts von Selbstverwaltern zu sehen, in denen deren persönliches Engagement für die Belange der Versicherten dargestellt wird.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e.V.  
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](mailto:LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com)  
Redaktion Dr. Volker Schmeichel  
Verantwortlich Dr. Klaus Holst  
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH  
Konzept ressourcenmangel GmbH  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-2174