

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Staatssekretär Prof. Gundlach, Innenministerium | **RETTUNGSDIENST** Kostendynamik wirft Fragen auf | **XVII. VDEK-SYMPOSIUM** Entscheidungen im Rettungswesen

## SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2015

### GESETZGEBUNG

## Pflegestärkungsgesetz II: Neue Leistungen für Demenz



Die Stufe II der Pflegereform führt nun den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Der Vorteil: Die Pflegeversicherung wird gerechter! Das Mehr an Gerechtigkeit gibt es aber nicht zum Nulltarif, denn die anvisierte Beitragssatzerhöhung von 0,2 Prozentpunkten ab 2017 wird nicht ausreichen, um vor allem die umfassenden Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen bei der Einführung der fünf Pflegegrade zu finanzieren. Zur Deckung dieser Kosten muss auf Mittel des Ausgleichsfonds zurück gegriffen werden. Zu allem Überflus gibt es Überlegungen, im Rahmen des geplanten Kommunalen Pflegestärkungsgesetzes Finanzmittel von der Pflegeversicherung hin zu den Kommunen für deren Beratung zu verschieben. Dies wäre allerdings inakzeptabel, denn: Das Geld unserer Beitragszahler muss auch weiterhin für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

### RETTUNGSDIENST

## Zur Kostendynamik des Rettungswesens

Leitstellen tragen eine hohe Verantwortung für die schnelle und optimale Disposition von Ressourcen und Versorgungswegen. Der vdek fordert deshalb landesweit drei Leitstellen mit mehr Qualität in der Ausbildung und mehr Quantität in deren personeller Ausstattung.

**D**er Rettungsdienst ist in Sachsen-Anhalt gut aufgestellt, so das Fazit des Symposiums der vdek Landesvertretung. Der vdek vertritt allerdings die Auffassung, dass Entscheidungsprozesse innerhalb der Rettungskette und finanzielle Regeln des Rettungswesens verbesserungsfähig sind. Jedes Jahr liegen die Ausgaben der Krankenkassen für diesen Bereich über der Einnahmenentwicklung. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben aber Anspruch auf kosteneffiziente Lösungen: Denn jeden Euro, den das Gesundheitswesen weniger kostet, können sie behalten.

Symptomatisch für die Dauerhaftigkeit dieser Entwicklung sind die differenzierten Bewertungen der Akteure. Leistungserbringer und Landespolitiker bescheinigen dem Rettungsdienst in unserem Land nämlich ein uneingeschränkt gutes „Funktionieren“ (siehe Seite 4).

### Kostendynamik ungebrochen

Die Kritik des vdek folgt aus einer Rückschau der Kennzahlen zum Rettungsdienst.

Vor 15 Jahren umfasste der Ausgabenblock „Rettungsdienst“ insgesamt 73 Millionen Euro. Sachsen-Anhalt hatte damals etwas mehr als 2,5 Millionen Einwohner, heute leben „nur“ noch 2,2 Millionen Menschen hier. Trotz dieses Rückgangs stiegen die Einsatzzahlen bis 2014 auf 380.000. Eine Verschärfung dieser Dynamik ist bei den Ausgaben zu beobachten, mit deutlich über 110 Millionen Euro in 2014. Damit sind die Gesamtkosten für den Rettungsdienst seit 2000 um über 50 Prozent gestiegen. Ein Vergleich mit den Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum erlaubt eine Bewertung dieser Entwicklung. Die finanziellen Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung, die der Gesetzgeber an der Grundlohnsummenveränderung festmacht, lagen im Vergleichszeitraum bei knapp 20 Prozent. Alles, was darüber hinausgegangen ist, hat Druck auf die Beitragssätze für unsere Mitglieder ausgelöst.

Da Ausgabenzuwächse bei stabilen Beitragssätzen nur über entsprechende Einnahmen zu kompensieren sind (hier fehlen inzwischen etwa 30 Prozent), darf jeder Beitragszahler sich am Ende nicht



## KOMMENTAR

### Zufrieden mit dem Unbekannten?



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

FOTO: vdek

Unser Rettungswesen funktioniert. Nur wie gut, das weiß keiner so ganz genau. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen Jahr für Jahr zusätzlich mehr Geld für Rettungsleistungen ausgeben als sie einnehmen. Deshalb wäre es gut, wenn die Landkreise Transparenz in das Leistungsgeschehen bringen: In welchem Umfang gelingt es die gesetzlichen Hilfsfristen einzuhalten? Nutzen Hilfsorganisationen die Information aus dem Krankenhausplan, um Patienten diagnosebezogen in das optimale Krankenhaus der Region zu bringen? Haben die Disponenten der Leitstellen das Know-How, Entscheidungsroutrinen, Befugnisse und Zeit, knappe Ressourcen bestmöglich zu steuern? Der Ersatzkassenverband steht als Vertragspartner bereit, um dem Geschehen auch hierzulande auf den Grund zu gehen, immer auf der Suche nach besseren Lösungen und höherer Qualität. Was aber nicht geht, ist der politische Verzicht auf kosteneffiziente Lösungen. Dort, wo Sicherstellung scheitert, müsste eine Rückkehr zu früheren Verpflichtungen erfolgen: Bei den Krankenhäusern, Notärzten zu stellen, oder bei den Landkreisen, Leitstellen zu reduzieren. Vieles der bisherigen Kostensteigerungen lässt sich mit Tarifentwicklungen oder technischem Fortschritt erklären. Aber nicht alles, und hier bleibt die Politik in der Pflicht.



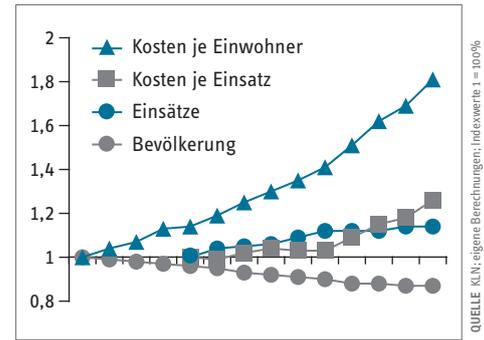
wundern, wenn seine monatlichen Einzahlungen in das Gesundheitssystem absolut in Euro und auch relativ als Anteil an seinem Einkommen, ebenfalls „aufwachsen“ (siehe Grafik I und II).

Die Dynamik in der Kostenentwicklung ist ungebrochen.

### Vielfältige Ursachen

Das Einhalten von gesetzlich vorgegebenen Hilfsfristen und damit die Verteilung von Rettungswachen im Land, hängt nicht von der Anzahl der Menschen ab, die hier wohnen. Die mit den Rettungswachen verbundene Vorhaltung ist deshalb mehr oder weniger vorgegeben. So erzeugen Tarifsteigerungen, technischer Fortschritt bei den Rettungsmitteln und in der Kommunikationstechnologie (Einführung des BOS-Funks) wie auch die Gestellung von Notärzten und zusätzliche Rettungswachen erhebliche Mehrkosten, die zu größten Teilen für die Gewährleistung der guten Qualität des Rettungswesens nicht zu vermeiden sind.

Das Nebeneinander von steigenden Einsatzzahlen und deutlichem Bevölkerungsrückgang bedarf allerdings einer genaueren Analyse (siehe Grafik II). Der Rettungseinsatz ist ein hohes Gut. Hier geht es in der Regel um schnellstmögliche medizinische Versorgung. Noch zu oft wird diese Vorhaltung



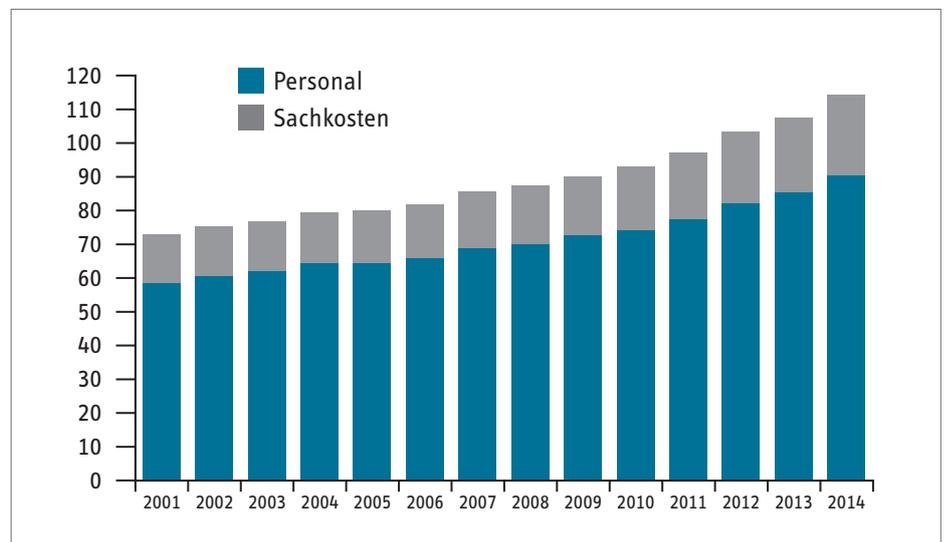
QUELLE: KLIN; eigene Berechnungen; Indizeswerte 1 = 100%

GRAFIK II: Entwicklung der Einsätze und der Bevölkerung von 2001 bis 2014

„zweckentfremdet“, indem Bürger für die „normale“ medizinische Behandlung außerhalb von Arztprechstunden den Rettungsdienst rufen und damit auch Ressourcen binden.

Der vdek sieht den Änderungsbedarf in einer Reduzierung der Anzahl von Leitstellen auf höchstens drei. Diese sollten mit einer qualitativ und quantitativ guten Personalausstattung dafür sorgen, eigentliche Rettungseinsätze und notärztliche ambulante Versorgung in der Fläche besser zuzuordnen.

Leitstellen tragen eine hohe Verantwortung für das schnelle Einleiten der notwendigen Maßnahmen und der Disposition von Ressourcen und Versorgungswegen. Deshalb ist es kein Widerspruch, wenn die Anzahl der Leitstellen landesweit sinkt, aber gleichzeitig die Qualität (Ausbildung) und personelle Ausstattung der verbleibenden Leitstellen steigt. ■



QUELLE: KLIN; eigene Berechnungen; Angaben in Mio.-Euro

GRAFIK I: Ausgabenentwicklung (ohne Luftrettung) 2001 bis 2014

## INTERVIEW

# Die Rettung ist sicher, aber auch wirtschaftlich?

Wie hat sich die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (2013) in der Praxis bewährt und welchen „Nachjustierungsbedarf“ sieht man seitens der Landesregierung in nächster Zeit?

Die Verabschiedung des neuen Rettungsdienstgesetzes liegt inzwischen fast drei Jahre zurück. Grund für die aus Sicht des Gesetzgebers notwendig gewordenen Änderungen war die Berücksichtigung der neueren nationalen wie unionsrechtlichen Rechtsprechung zum Wettbewerbsrecht und zur Dienstleistungskonzession. Die Ablösung des Submissionsmodells und die Implementierung des Konzessionsmodells waren die Eckpfeiler der neuen Bestimmungen. Die damit verbundenen Neuerungen auch in kostenrechtlicher Hinsicht haben sich grundsätzlich bewährt. Dem Ministerium für Inneres und Sport sind keinerlei Beanstandungen, Kritik oder Problemfälle zugetragen worden.

Aus heutiger Sicht besteht Anpassungsbedarf vorrangig im Bereich der arztbegleitenden Krankentransporte. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass das Rettungsdienstgesetz diese Leistung nur teilweise in den Anwendungsbereich des Gesetzes gestellt hat und sich somit die Fragen der Entgeltregelung nur teilweise aus dem Rettungsdienstgesetz LSA ergeben.

Sind die Befürchtungen der Krankenkassen zum Konzessionsmodell widerlegt?

Die Praxis der letzten 2 Jahre hat gezeigt, dass die Befürchtungen der Kostenträger nicht gerechtfertigt sind. Dem MI sind keine Problemlagen bei der Anwendung des Konzessionsmodells in Sachsen-Anhalt bekannt geworden. Es ist zutreffend, dass das Konzessionsmodell die Anwendung des formalen Vergaberechtes ausschließt

und das wirtschaftliche Betriebsrisiko beim Genehmigungsinhaber liegt. Der EuGH hat in seinem Urteil vom 10. März 2001 ausdrücklich die Zulässigkeit des Konzessionsmodells und seine Unionsrechtskonformität betont.

Wie lassen sich Struktur und Anzahl der Leitstellen in Sachsen-Anhalt optimieren? Wie verbindlich darf und muss man als Gesetzgeber hier steuern?

Im Gesetzgebungsverfahren zum Rettungsdienstgesetz hat sich der Landtag 2012 nach kontroversen Diskussionen mehrheitlich für die im Gesetz verankerte Regelung des § 9 Abs. 9 RettDG LSA ausgesprochen. Die Landesregierung hält an dieser Vorschrift fest. Der Abs. 9 gewährleistet, dass die Entwicklung der Leistungsfähigkeit der Rettungsdienstleitstellen landesweit im Auge behalten wird. Ein Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes wird auch weiterhin als angemessen angesehen, um den Beteiligten des Rettungsdienstes ein Umstellen auf das neue Gesetz zu ermöglichen, diesbezügliche Erkenntnisse zu gewinnen und die erforderlichenfalls zu ziehenden Schlüsse auf eine gesicherte Basis zu stellen. Die Bewertung erfolgt dann durch eine unabhängige Kommission ab dem 1.1.2017. Die Ergebnisse müssen abgewartet werden.

Hat sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) bei der Gestellung der Notärzte bewährt?

Der Sicherstellungsauftrag der KVSA zur flächendeckenden Notarztversorgung in Sachsen-Anhalt hat sich inzwischen bewährt. In Sachsen-Anhalt gibt es nachweislich der einschlägigen Liste der Ärztekammer circa 1.915 Ärzte mit einer von



FOTO Innenministerium Sachsen-Anhalt

PROF. DR. ULF GUNDLACH, Staatssekretär im für Rettungsdienst zuständigen Ministerium für Inneres und Sport Sachsen-Anhalts

der Kammer anerkannten Qualifikation für den Rettungsdienst. Die Krankenhäuser sind derzeit nicht in der Lage, den Dienst an allen Standorten abzusichern. Ebenso sind Krankenhäuser zum Teil nicht in der Lage, den Dienst an den an ihrem eigenen Sitz befindlichen Rettungswachen (voll) abzusichern. Selbst Krankenhäuser, die sich vertraglich zur Absicherung von Diensten verpflichtet haben, müssen in unterschiedlichen Anteilen auf Freiberufler zurückgreifen. Die Sicherstellung gelingt derzeit nur deshalb flächendeckend und durchgehend, weil seit Jahren von den Krankenhäusern und vor allem durch die KVSA Freiberufler eingesetzt werden.

Der Vorschlag der GKV über eine Einführung einer landesweit geltenden Gebührenordnung für die Abgeltung von Notarzdiensten wird zum jetzigen Zeitpunkt als schwierig bewertet. Bei der Einführung einer solchen Gebührenordnung würde Sachsen-Anhalt Gefahr laufen, dass ein großer Teil der gebundenen Freiberufler nicht mehr zur Verfügung steht und die notärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Bereich nicht mehr sichergestellt werden kann. ■

# Entscheidungen im Rettungswesen

Welche Informationen sind erforderlich, um bestmögliche Versorgungswege im Notfall einzuschlagen? Wer muss welche Information erhalten? Ermöglicht ein Controlling mehr Effektivität des Systems? Fragen über Fragen ...

**R**und 70 Gäste beteiligten sich am 17. vdek-Symposium im Herrenkrug, das 2015 das Thema Rettungswesen in den Fokus rückte. Zu Beginn der Veranstaltung gab es die politische Podiumsdiskussion, die aktuelle Themen der Gesundheitspolitik behandelte.

### Aktuelle Positionen vorweg

Die Vertreter aller Parteien des Landtages sprachen sich für die Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber aus. Rüdiger Erben betonte, dass dies politisch gewollt sei und dazu beitragen werde Bürokratie abzubauen. Wichtig sei, die Leistungs- und Abrechnungsfragen am Ende aber nicht in die Arztpraxis zu verlagern. Axel Wiedemann stellte das Angebot der Krankenkassen vor, die technischen Voraussetzungen als Dienstleister anzubieten. Dagmar Zoschke verortete diese Aufgabe dann auch bei Krankenkassen, Kommunen und Leistungserbringern und nicht bei der Politik, was die Umsetzung der organisatorischen Herausforderungen anbelangt. Dass es bereits erfolgreiche Verfahren gebe, zeige das Beispiel Nordrhein-Westfalen. Die Linkspartei stelle fest, dass sich das Verfahren Sachsens-Anhalts in einer parlamentarischen Schleife befinde. Schwierig umzusetzen scheinen die Einschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz zu sein. Verena Wicke-Scheil ergänzte mit einem Verweis auf positive Erfahrungen zur Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerber in den Stadtstaaten. Sie erläuterte, die Kommunen würden die Kosten hierfür übernehmen und dafür die Schleife über das Sozialamt einsparen. Edwina Koch-Kupfer



DIE PODIUMSDISKUSSION mit Prof. Ulf Gundlach (CDU), Dagmar Zoschke (Die Linke), Axel Wiedemann (Barmer GEK) Rüdiger Erben (SPD) Verena Wicke-Scheil (Die Grünen) von links, verdeckt Edwina Koch-Kupfer (CDU)

problematisierte die Möglichkeiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung solcher Fälle. Bisher sei unklar, wie Prüfaufträge zu definieren sind. Weiterhin sind die finanziellen Belastungen für die Kommunen derzeit kaum abzuschätzen.

Zum Krankenhausstrukturgesetz, dessen Regelungen 2016 greifen, stellte Dagmar Zoschke heraus, dass mehr Pflegepersonal in den Krankenhäusern benötigt werde, das Gesetz aber nur ein Anfang sein könne und die bestehenden Probleme nicht nachhaltig löst.

Die erwarteten durchschnittlichen Steigerungen der Beitragssätze um 0,2 Prozentpunkte für das Jahr 2016 und die alleinige Belastung der Arbeitnehmer rechtfertigte Edwina Koch-Kupfer damit, dass kleine Unternehmen Konstanz bei den Ausgaben benötigen. Unternehmen wären durch hohe Sozialabgaben ohnehin stark belastet. Mit dieser Position stellte sie sich gegen die Statements der Vertreter von SPD, Grünen und Linkspartei. Rüdiger Erben

gestand zwar noch zu, dass diese Regelung Bestandteil des Koalitionsvertrages ist, aber Dagmar Zoschke hielt entgegen, Arbeitgeber würden von gesunden Arbeitnehmern profitieren. Verena Wicke-Scheil betonte den Solidargedanken, dass gerade Geringverdiener von einer paritätischen Finanzierung Vorteile haben. Die erwartete finanzielle Entwicklung erzeuge eine entgegengesetzte Wirkung. Der vdek teilt diese Positionen und weist ergänzend darauf hin, dass wirtschaftliche Verträge im Gesundheitswesen nur schwerlich zu erreichen sind, wenn Gremien hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern besetzt sind und die Arbeitgeber kein finanzielles Interesse mehr an Kostendämpfung haben.

### Grundsätzlich bewährt

Die Podiumsdiskussion richtete sich dann auf das Thema des Tages. Staatssekretär Ulf Gundlach stellte die Qualität des aktuellen Landesrettungsdienstgesetzes



FOTO vdek

PAUSEDISKUSSION ohne „Rettung“ (?), wohl kaum!

heraus. Das neu eingeführte Konzessionsmodell mit den zugehörigen Konzessionserteilungen funktioniere bisher reibungslos. Das Innenministerium sieht auch bezüglich der Wasser- und Bergrettung in dieser Legislaturperiode keinen Handlungsbedarf. Gundlach gesteht zu, dass das vom Gesetz vorgesehene Prinzip zu Reduktion von Leitstellen bisher nicht zu wesentlichem Strukturwandel geführt habe. Langfristig wäre deshalb doch an ein Verfahren zur Konzentration von Leitstellen zu denken, das die bisherigen freiwilligen Lösungen ersetzt. Rüdiger Erben teilte diese Sicht der Dinge grundsätzlich und ergänzte, dass das Prinzip der integrierten Leitstellen nicht verhandelbar sei. Das Zusammenwirken von Rettungswesen, Brand- und Katastrophenschutz habe sich so bewährt. In Sachsen-Anhalt gibt es drei integrierte Leitstellen, nämlich in Magdeburg, Halle und Dessau. So wären drei Leitstellen für das Land sinnvoll; eine zentrale landesweite Stelle wäre dagegen kaum zu realisieren. Diese Position teilte auch Verena Wicke-Scheil, die sich für drei Leitstellen im Land aussprach. Es ist eine Position, die den langjährigen Forderungen des vdek entspricht.

Der Sicherstellungsauftrag für die Notarztversorgung liegt seit der letzten Novellierung des Landesrettungsdienstgesetzes bei der kassenärztlichen Vereinigung. Martin Wenger stellte dem Auditorium das Ausführen dieses Auftrages durch die kassenärztliche Vereinigung vor. Hiernach sind aktuell alle

wesentlichen Punkte der Sicherstellung erfüllt und die bisherige Kostendynamik durch Vereinbarungen mit Notärzten reduziert. Sein strukturkonservativer Standpunkt ist, dass die kassenärztliche Vereinigung diesen Auftrag als Herausforderung angenommen hat und nach Anlaufschwierigkeiten nun dauerhaft gut bewältigen kann. Rüdiger Erben bezeichnete sich selbst als Skeptiker dieser Regelung, hätte nun aber den Eindruck, dass dies in der Praxis doch funktioniere. Die Leistungserbringer meldeten sich mit praktischen Problemen, die die Leistungserbringung vor Ort betreffen. Demnach sei die digitale Übergabe zwar möglich, aber es bestehen nach wie vor Probleme mit der digitalen Signatur. Auch würden technische Verbesserungen wie die digitale Übergabe nicht finanziert werden. Weiterhin gebe es kein Berufsbild für den Disponenten einer Leitstelle. So sei etwa eine Reanimation per telefonischer Anleitung mit einer besonderen Ausbildung verbunden, zeitliche Aspekte müssten berücksichtigt werden, wenn für 20-30 Minuten von dem betroffenen Disponenten keine weiteren Anrufe angenommen werden könnten. Denn meist seien die Leitstellen nur mit zwei Disponenten besetzt.

### Qualitätssicherung notwendig

Die Diskussion des zweiten Tages richtete sich auf die Frage, ob Datenlage und Datenflüsse des Rettungswesens in Sachsen-Anhalt so zu verbessern sind, dass sie Entscheidungen und Strukturen eine Qualitätssicherung auf aktuellem organisatorischen und technischen Niveau ermöglichen.

Hierzu haben Referenten aus Baden-Württemberg Vorlagen geliefert, die zeigen was machbar ist. Die Software der Firma InManSys kommt auch in Sachsen-Anhalt bereits in den Landkreisen Börde und Burgenlandkreis probeweise zum Einsatz. Mit ihr lassen sich nicht nur zeitliche Verläufe evaluieren, sondern auch



FOTO vdek

MAL „NUR“ AKTIVE ZUHÖRER: Prof. Reinhard Nehring Sozialministerium, Staatssekretärin Anja Naumann (SPD) und Dr. Klaus Holst (vdek)

medizinische Entscheidungen. Torsten Lohs stellte vor, wie die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungswesen in Baden-Württemberg auch auf diese Daten zurückgreift, um den dortigen Landesausschuss Rettungswesen aktuell über das Leistungsgeschehen zu informieren. Karsten zur Nieden hat im Rahmen seiner Ausführungen über die Arbeit der Leitstellen viele Gemeinsamkeiten zu den Forderungen des vdek hergestellt. Der Vortrag von Bernd Fertig über das Rettungswesen in Peru war (wieder) ein emotionaler Höhepunkt, der zeigte, wieviel Hilfe und Dankbarkeit mit wenig Ressourceneinsatz in einem Entwicklungsland entstehen können – wenn man es angeht!

Die Landesvertretung hat die Vorträge der Referenten unter <http://www.vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html> öffentlich gemacht. ■



FOTO vdek

GESTATTEN, NACHFRAGE: Dr. Klaus Holst (vdek) und Martin Wenger (KVSA)

## KURZ GEFASST

### Neubesetzung

Bereits seit Mitte des Jahres wird die Prüfungsstelle für Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung Sachsen-Anhalt von Frau Britta Thöle geleitet. Sie ist Volljuristin und war bereits als Leiterin der Familienkasse in Magdeburg sowie als Leiterin der Personalabteilung einer Klinik in Hettstedt tätig.

### eGK für Asylbewerber

Gemeinsam arbeiten Sozialministerium, Landkreise und Kreisfreie Städte sowie die Kostenträger im Rahmen der Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes an der Praktikabilität zur Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte für den betroffenen Personenkreis. Wichtig für die Kostenträger: kein Flickenteppich an Umsetzungsvarianten im Land und im Bund!

### Demografiepreis

Bereits zum dritten Mal wurden Projekte und Initiativen von Personen, Institutionen oder Unternehmen aus Sachsen-Anhalt prämiert, die maßgeblich den demografischen Wandel beeinflussen. Zudem wurde erstmalig von der Investitionsbank ein Sonderpreis zum Thema „Toleranz“ ausgelobt. siehe: [Demografie.sachsen-anhalt.de](http://Demografie.sachsen-anhalt.de)

## ORGANSPENDE

# Wieder mehr Organspenden

**D**ie Anzahl der Organspender von Januar bis Oktober 2015 im Vergleich zum Vorjahr ist bundesweit um 3,2 Prozent gestiegen. In der Region OST nehmen die Organspenden mit plus 20 Prozent sogar noch stärker zu. Diese positive Nachricht ist gerade nach den in den letzten Jahren zurückgehenden Zahlen von besonderer Bedeutung. Die Region „Ost“ hat die höchste Zuwachsrate aller Regionen der Deutschen Stiftung für Organtransplantationen (DSO) zu verzeichnen. Bis zum Oktober 2015 wurden 18 postmortale Organspender mehr als im selben Zeitraum des Vorjahres bestätigt. In der Region Sachsen-Anhalt war eine Steigerung von 28 Prozent zu verzeichnen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Erinnerung an die persönliche Verantwortung jedes Einzelnen. Mit der Erklärung auf dem Organspenderausweis wird den Angehörigen in einer schweren Stunde die erforderliche Entscheidung über den vermutlichen Willen abgenommen.

## STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

# Wie viel Investitionen für Krankenhäuser braucht das Land?

**I**m November 2015 stellte das Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung (isw) Halle im Auftrag der Krankenhausgesellschaft eine Studie über den Investitionsbedarf der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts vor.

Diese Studie ermittelt Finanzierungslücken für fehlende Krankenhausinvestitionen Sachsen-Anhalts in Höhe von insgesamt 800 Millionen Euro. Sie bringt aber auch in Erinnerung, dass das Land, der Bund und die Krankenkassen seit 1990 immerhin rund 2,7 Milliarden Euro in die Krankenhäuser investiert haben.

In der Vergangenheit finanzierten so wohl pauschale Fördermittel (Ersatzbeschaffung bzw. Anschaffung kleinerer Geräte und Reparaturen), als auch Einzelfördermittel (größere Baumaßnahmen) diese Investitionen in den Krankenhäusern unseres Bundeslandes.

Ab 2005 bediente die gemeinsame Kommission aus Land, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassenverbänden die einzige Quelle für Investitionen der Einzelförderung. Diese Quelle kam aus Geldern, die die gesetzliche Krankenversicherung über Benutzermittel der Krankenhausnutzer bereitstellte. Dieses Förderprogramm ist allerdings 2014 ausgelaufen. Das Prinzip der Einzelförderung steht in einem engen Zusammenhang mit der Förderung und Strukturierung von krankenhauplanerischen Maßnahmen.

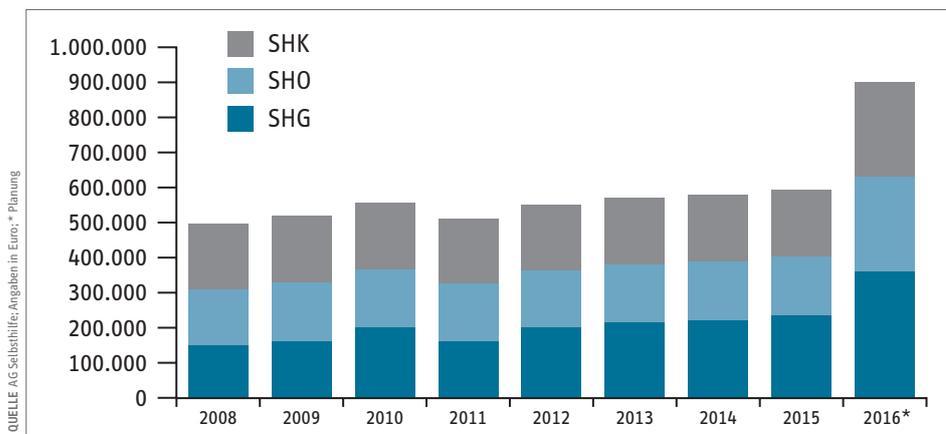
Mit dem Gutachten fordert die Krankenhausgesellschaft aber in erster Linie zusätzliche, pauschale Fördermittel ein. Nach Auffassung der Ersatzkassen darf das Augenmerk allerdings nicht auf einer pauschalen, sondern auf der Einzelförderung liegen. Denn die Herausforderungen des demografischen Wandels verlangen nach Fördermitteln für gezielte Maßnahmen. Das Primat zur Einzelförderung ist gesetzt, während die Höhe zukünftiger Investitionsmaßnahmen auf Grundlage des vom isw vorgelegten Gutachtens zu diskutieren ist. Es handelt sich hier insofern lediglich um eine erste Studie und Bedarfsanalyse.

Unbestritten sind weitere Investitionen in die Krankenhäuser Sachsen-Anhalt erforderlich, um die gute investive Ausgangsbasis, die auch mit dem Programm der Benutzerbeiträge geschaffen werden konnte, nicht aufs Spiel zu setzen. Die zukünftige Schwerpunktsetzung kann jedoch nur lauten: Pauschale Fördermittel ja, aber verstärkt Einzelfördermittel und diese zielgerichtet in Regionen – es müssen ja nicht gleich 165 Millionen Euro sein, wie sie von der Studie eingefordert werden.

Die Ersatzkassen halten eine Erhöhung gegenüber dem jetzigen Stand deshalb für zwingend erforderlich.

# Auf Gemeinschaftsförderung ist Verlass

Seit mittlerweile acht Jahren gibt es eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der gesetzlichen Krankenkassen. Sie sichert maßgeblich die Basisfinanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.



GRAFIK III: GKV-Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe 2008 - 2016\*

Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben in den letzten Jahren Finanzmittel in Höhe von fast 600.000 € jährlich (siehe Grafik III) aufgebracht. Dagegen drehen das Land und die Mehrzahl der Kommunen ihre Förderhöhe immer weiter zu.

Das beklagen Selbsthilfeorganisationen und Kontaktstellen der Selbsthilfe seit langem und verweisen, dass erhebliche, finanzielle Lücken entstehen oder anwachsen und so insgesamt die Aktivitäten der Selbsthilfe einschränkt werden.

Ist aber die Förderung der Selbsthilfe nicht auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle Sozialversicherungsträger, Land und Kommunen als Gemeinschaftsaufgabe umsetzen sollten?

Das Land Sachsen-Anhalt und auch die Kommunen sündigen hier, wenn sie sich weitestgehend aus der finanziellen Unterstützung verabschieden und darauf vertrauen, dass allein die Gesetzliche Krankenversicherung diese Last trägt.

Örtliche Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sowie Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene können die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung beantragen.

## Deutliche Anhebung der Finanzmittel

Aus fast 600.000 (2015) werden rund 900.000 € für 2016. Zudem werden von den Kassen Überlaufmittel, die sie nicht in ihre kassenindividuelle Förderung für Projekte „stecken“, sondern der Gemeinschaftsförderung (pauschal) zu führen, erwartet.

Der Selbsthilfe werden demnach für die kassenartenübergreifende Förderung in 2016 deutlich mehr Fördermittel (wahrscheinlich bis zu 300.000 €) zur Verfügung stehen. Alle Förderebenen werden davon profitieren, wenngleich das Hauptaugenmerk der Basis, d.h. dem ehrenamtlichen Wirken in den Selbsthilfegruppen gilt.

Allerdings: Die Frage nach der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung steht damit immer noch im Raum. ■

## Allianz am Start

In Sachsen-Anhalt ist derzeit eine ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Allerdings, eine immer älter werdende Bevölkerung, die Gefahr einer Zunahme chronischer Erkrankungen, ein sich abzeichnender Fachkräftemangel in medizinischen und auch in pflegerischen Bereichen unseres Gesundheitswesens und die existierenden Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungsebenen und zwischen regionalen Versorgungszentren zeugen von der Schwere, dieser Gewährleistung auch zukünftig zu entsprechen.

Da hat es auf der Hand gelegen, dass sich die Verantwortlichen für das medizinische Versorgungssystem in Sachsen-Anhalt diesen Herausforderungen gemeinsam annehmen und im Rahmen einer „Allianz für Allgemeinmedizin“ koordiniert und abgestimmt zukünftig agieren.

Aus Sicht des vdek kann und darf diese Allianz mit ihrer Fokussierung auf die Allgemeinmedizin allerdings nur ein Anfang sein. Gute Nachwuchsgewinnung, -ausbildung und die Integration in die existierenden Strukturen sind nicht allein beim Facharzt für Allgemeinmedizin notwendig. Es drängt auch bei anderen Facharzt-richtungen und in den Pflegeberufen, auch bei der Polizei, den Lehrern und den Fachkräften.

Das Beispiel der „Allgemeinmedizin“, einer aktuellen Herausforderung, zeigt exemplarisch letztendlich den Veränderungswillen aller Akteure und Partner der Allianz auf. Zu diesen gehört die Landespolitik (Legislative bzw. Exekutive) bis hin zu akademischen Lehrinrichtungen, berufsständischen Organisationen, Gebietskörperschaften und Kostenträgern.

### Gesundheit als Ware?

Verkürzte Verweildauern in den Kliniken, weniger Personal in der Pflege: Sind das Ergebnisse medizinischen Fortschritts oder Resultate betriebswirtschaftlicher Effizienz- und Wettbewerbslogik in den Krankenhäusern? Der Medizinethiker Maio sieht eine Entwicklung vom „Gesundheitswesen“ zur „Gesundheitswirtschaft“, in der Kapazitäten für lukrative Operationen ausgebaut und unrentable Stationen geschlossen werden. Klinikkonzerne erwirtschaften so hohe Renditen. Maio plädiert für eine humanere Medizin.



Giovanni Maio  
Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft  
2014, 164 S., € 8,99  
Suhrkamp, Taschenbuch

### Vom Kind zum Therapiefall

Das Kind tut sich mit Zweiwortsätzen oder beim Malen schwer: Entwickeln sich Kinder nicht nach Schema, werden sie – befördert durch „Chöre von Freundinnen, Erzieherinnen und Lehrerinnen“ – schnell einer regelrechten Therapie- und Förderwut ausgesetzt. Eigenheiten und individuelles Entwicklungstempo werden ihnen immer weniger zugestanden. Kinderarzt Michael Hauch bestreitet nicht, dass Entwicklungsstörungen existieren. Er plädiert aber dafür, Vertrauen zu Kindern zu haben, statt ihre Schwächen zu suchen.



Dr. Michael Hauch  
Kindheit ist keine Krankheit  
320 S., € 14,99  
S. Fischer Verlag, Frankfurt a.M.

### Was kann Selbsthilfe leisten?

Für die Ersatzkassen ist die Gesundheits-selbsthilfe seit Jahrzehnten ein wichtiger Partner. Sie unterstützen die Selbsthilfe 2016 bundesweit mit rund 28 Millionen Euro. (siehe auch Seite 7)

Erstmals schreibt nun der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) einen bundesweiten Fotowettbewerb mit dem Thema „WAS KANN SELBSTHILFE?“ aus. Ziel ist es hierbei, das vielschichtige Spektrum gerade der ehrenamtlichen Aktivitäten und Initiativen in der gesundheitlichen Selbsthilfe abzubilden.

Zur Teilnahme eingeladen sind Studierende an deutschen Hochschulen, Fachhochschulen, Fachschulen und Akademien für Fotografie und Design sowie junge Fotografen und Designer bis zwei Jahre nach Studienabschluss. Einsendeschluss ist Freitag, der 12. Februar 2016.

Informationen sind online abrufbar unter [http://www.vdek.com/ueber\\_uns/vdek-fotowettbewerb/selbsthilfe.html](http://www.vdek.com/ueber_uns/vdek-fotowettbewerb/selbsthilfe.html).



FOTO privat

Liebe Leserinnen und Leser, das Landtagswahljahr 2016 kommt. Zuvor, zwischen Weihnachten und dem Jahreswechsel, bleibt Gelegenheit zur Rückbesinnung. Nutzen Sie die Zeit, um Kraft für das neue Jahr zu schöpfen. Wir wünschen Ihnen alles Gute! Ihre vdek-Landesvertretung

### Arztsuche leicht gemacht!

Eine Arztpraxis liegt im dritten Stock ohne Fahrstuhl, die Räumlichkeiten und sanitären Einrichtungen sind nicht behindertengerecht – diese oder andere physische oder auch kommunikationsbezogene Barrieren erschweren Menschen mit Behinderungen aber auch Müttern mit Kinderwagen den notwendigen Arztbesuch. Ob eine Arztpraxis über einen Behindertenparkplatz, Fahrstuhl, rollstuhlgerechte Räume verfügt oder die Möglichkeit bietet, sich in Gebärdensprache zu verständigen, erfährt ein Patient oft erst beim Besuch vor Ort.

Wer einen Arzt sucht, der kommt am „vdek-arztlitsen“ nicht vorbei, zumindest sollte es nicht. Immerhin 1.000 „Zugriffe“ am Tag verweist die Datenbank, Tendenz steigend. Im System gibt es umfangreiche Suchfunktionen und immer wichtiger: eine „offene“ Bewertungsmöglichkeit.

Der vdek-arztlitose steht bundesweit unter: [www.vdek-arztlitose.de](http://www.vdek-arztlitose.de) zur Verfügung.

### 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