

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Prof. Herbert Rebscher, bis 2016 Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit PRÄVENTION in Sachsen-Anhalt | NOVELLIERUNG RETTUNGSDIENST – und dann?

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2017

SOZIALWAHL 2017

Sie sind gefragt,
bitte wählen Sie!

Sozialwahl
2017 Für Gesundheit & Rente



Die Vorbereitungen für die Sozialwahl 2017 gehen auf die Zielgerade. Im Frühjahr erhalten viele Bürger per Post ihre Wahlunterlagen und können bei der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung ihre Stimme abgeben. Die Briefe werden zwischen dem 10. April und dem 11. Mai 2017 versendet. Damit die Stimme gezählt werden kann, müssen die ausgefüllten Wahlunterlagen bis zum 31. Mai 2017 eingegangen sein. Obwohl es sich bei den Sozialwahlen um die drittgrößte Wahl nach der Bundestagswahl und der Wahl zum EU-Parlament handelt, ist vielen Versicherten nicht klar, wie wichtig ihre Stimme ist. Wer wählt, nimmt Einfluss und bestimmt bei Fragen mit, die jeden etwas angehen: zum Beispiel bei der Gestaltung des Zusatzbeitrages oder bei Widerspruchsangelegenheiten. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.sozialwahl.de.

VERANSTALTUNGEN

Qualität steht hoch im Kurs

Der vdek konnte das „Who is Who“ der Qualitätsexperten des Gesundheitswesens für eine Fahrt nach Magdeburg gewinnen. So sprachen etwa Frau Dr. Klakow-Franck, Dr. Veit und Prof. Rebscher über künftige Herausforderungen (siehe auch Seite 8).

Das XVIII. Gesundheitspolitische Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt fand im Magdeburger Herrenkrug zum Thema „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ statt. Rund 50 Gesundheitsexperten des Landes diskutierten zwei Tage lang über das Thema Qualität. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung, mit medizinischen und ökonomischen Aspekten, tritt in den nächsten Jahren immer mehr in den Fokus des Gesundheitswesens.

Funktionswandel als roter Faden

Sie war natürlich schon immer wichtig, aber nun noch mehr. Weg von der Qualitätssicherung, die sich ursprünglich allein als originäre Aufgabe des ärztlichen Berufsstandes verstanden hat, über „Benchmarking von Krankenhäusern im geschützten Raum“ und „Public Reporting“ über „Strukturqualitäts-Richtlinien und Mindestmengen zur Versorgungssteuerung“ hin zu Pay for Performance/Qualitätsverträge“.

Dieser Funktionswandel und die damit einhergehende neue „Verknüpfung“ medizinischer und ökonomischer Aspekte war der rote Faden des gesundheitlichen Symposiums im vergangenen Herbst. Von

den ökonomischen Grundlagen (Mühlenskamp) über die Aktivitäten von der Bundesebene (Klakow-Franck, Rebscher, Veit, Krug) bis zu Beispielen aus Sachsen-Anhalt (Heinemann-Meerz, Bröker, Jorch) wurde berichtet. Die Referenten und das wie immer aktiv mitdiskutierende Plenum waren sich grundsätzlich schnell darüber im Klaren, dass sich dieser Funktionswandel nur über eine ausgewogene Diskussion zu den einzelnen Qualitätskriterien, auf deren Grundlage die anstehenden Strukturveränderungen auch in Sachsen-Anhalt folgen sollen, vollziehen kann.

Fünf Gesichtspunkte haben sich hierzu verfestigt:

1. Strukturwandel braucht ein vertrauensvolles Miteinander, einen ehrlichen Dialog und fairen Umgang zwischen Politik und Selbstverwaltung.
2. Die Selbstverwaltung braucht eine Rechtsaufsicht – aber keine Fachaufsicht über medizinische Belange.
3. Eine qualitätsorientierte Versorgungssteuerung ist angesichts der bestehenden Vergütungssysteme dringend geboten.
4. Die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene muss ihre Handlungsfähigkeit bei der



KOMMENTAR

Vom Hasen und dem Igel



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

Es wäre doch zu schön, wenn alle Behandlungen erfolgreich wären, so dass die Patienten immer gesund nach Hause könnten. Im Gesundheitswesen sind die Dinge aber kompliziert. So gehen die finanziellen Anliegen der Leistungserbringer, die Dinge, die dem Patienten vordergründig am Wichtigsten sind, und der Spagat, den die gesetzliche Krankenversicherung zwischen Finanzen und Leistungen hinlegen muss, oft weit auseinander. Das letztjährige Symposium hat dieses Dilemma wieder deutlich gemacht. Der Gesetzgeber versucht, die teils gegenläufigen Interessen mit einer Qualitätskampagne auszugleichen. Der damit einhergehende Aufwuchs an Bürokratismus ist sicher, das Erreichen von medizinisch und ökonomisch befriedigenden Lösungen freilich nicht. Es ist wie im Märchen vom Hasen und dem Igel, dass die gesetzliche Krankenversicherung versucht, die Fallzahlmehrer der Leistungserbringer mit Reglementierungen und Prüfungen, die letztlich auch auf Qualitätsvorgaben beruhen, einzudämmen. Hoffen wir, dass die gemeinsame Selbstverwaltung zumindest diese Aufgaben löst und der Landesebene die zugehörige Umsetzung aufträgt. Dann käme es allerdings auf die Akteure im Land an, etwa eine qualitätsbasierte Krankenhausplanung gegen die Interessen ausgewählter Träger zu beschließen.



Umsetzung der Vorgaben des G-BA unter Beweis stellen.
5. Sektorales Denken muss einem professionellen Schnittstellenmanagement weichen.
(Siehe auch Interview mit Prof. Herbert Rebscher; Seite 3)

Die Landessicht

„In Sachsen-Anhalt ist man in Fragen der Qualitätssicherung bereits gut aufgestellt“, formulierte Staatssekretärin Frau Beate Bröcker und führte aus, dass man in Sachen Krankenhausplanung bereits vor über zehn Jahren von einer reinen Bettenplanung Abstand genommen habe und Planungskompetenzen in bilateralen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) konzentriert habe. Hier vereinbaren Krankenhäuser und Krankenkassen notwendige Planungskennziffern wie: Mindestmengen, Leistungsausschlüsse und strukturelle Vorgaben.

Seitens der Landesregierung kündigte sie an, den gesetzlichen Rahmen für eine qualitätsorientierte Versorgungssteuerung in Sachsen-Anhalt bereits 2017 neu zu fassen. Damit befindet man sich mitten in einer Diskussion zur Definition über planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI), die es ermöglichen, Versorgungsqualitäten zu bewerten, zu unterscheiden in gute, durchschnittliche und unzureichende Qualität und schließlich



DR. REGINA KLAKOW-FRANK (unparteiisches Mitglied im gemeinsamen Bundesausschuss; G-BA) beschwört den notwendigen Funktionswandel der Qualitätssicherung

Strukturanpassungen zu vollziehen. Mit dieser „Qualitätsdiskussion“ schärfte man rechtzeitig den Blick auf erforderliche Veränderungen in den Versorgungsstrukturen des Landes.

Ausblick

Eine älter werdende Bevölkerung mit einem höheren Anteil chronischer Erkrankungen bestimmt den künftigen medizinischen Bedarf. Das Gesundheitswesen muss darauf mit adäquaten Versorgungsangeboten und engerer Kooperation reagieren, so ein Ausblick auf das 19. Gesundheitspolitische Symposium, das sich Ende November 2017 auf die Suche nach den künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung in Sachsen-Anhalt begeben wird.

Alle Referate des XVIII. Symposiums finden Sie auf der Internetseite der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt: vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html



ZUR ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN G-BA UND SELBSTVERWALTUNG bei der Umsetzung der Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen

INTERVIEW

Steuerung des Gesundheitswesens durch Selbstverwaltung ist ein leistungsfähiges Prinzip

In den letzten 25 Jahren war Prof. Rebscher gern gesehener und gehörter Redner auf unseren Veranstaltungen. Auf dem letztjährigen Symposium hat er uns folgende Fragen beantwortet.

Was waren Qualitätssprünge der medizinischen Versorgung in den letzten 25 Jahren?

Gemessen an den Kriterien der internationalen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ist die medizinische Versorgung in Deutschland auf einem hohen Niveau. Wichtige Qualitätssprünge in der Vergangenheit wurden hierfür mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführt. Mit dem Gesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet, mit der Aufgabe Kriterien für die Qualitätssicherung festzulegen und die Vor- und Nachteile in der medizinischen Versorgung objektiv zu überprüfen. Darüber hinaus wurde den Krankenkassen ermöglicht, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, denn so wird eine qualitativ hochwertige Versorgung durch die enge Verzahnung von Fachärzten, Kliniken sowie Reha-Einrichtungen garantiert und für eine schnellere Genesung der Patienten gesorgt.

Gibt es das Versorgungskonzept für die demografische Entwicklung und die Zunahme von chronischen Erkrankungen?

Um der demografischen Entwicklung zu begegnen bedarf es einer konsequenten Bewertung des Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit neuer Therapien. Ein wichtiger Bestandteil hierbei ist die Stärkung der Versorgungsforschung. Des Weiteren sollten vorhandene Steuerungsinstrumente, z. B. das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, besser umgesetzt werden. In 2015 hatten die Ausgaben für

Arzneimittel ein neues Rekordniveau erreicht. Ein Grund dafür ist, dass bei 60 von insgesamt 134 neuen Arzneimitteln kein Zusatznutzen bescheinigt wurde. Trotzdem werden auch diese Arzneimittel sehr häufig verordnet, da die offiziellen Informationen zur Nutzenbewertung nicht bei den Ärzten in der Praxis ankommen. Hier sollte nachgebessert werden.

Wie sollte der Wettbewerb im Gesundheitswesen konstruktiv gestaltet werden?

Gefragt sind klare ordnungspolitische Vorstellungen, an denen alle weiteren konkreten Eingriffe und Reformschritte auszurichten sind. Im Vergleich zur Vergangenheit ist ein höheres Maß an Verlässlichkeit und Planungssicherheit sowie eine nachvollziehbare und stabile Anreizstruktur für alle beteiligten Akteure notwendig. Das bedeutet: Wenn man z. B. auf die solidarische Umverteilung im System setzt, dann darf es keine Wahltarife geben, die auf individuelle Nutzenkalküle abzielen. Wenn es umlagefinanzierte Beiträge gibt, dann schließt das eine risikoäquivalente Prämiengestaltung aus. Wenn es keine staatlichen Einheitslösungen geben soll, dann muss man Raum für selbstverwaltete Institutionen und wettbewerbliche Suchprozesse schaffen.

Der Risikostrukturausgleich soll faire Bedingungen im Wettbewerb schaffen. Besteht Aussicht, dass dies irgendwann gelingt? Und wovon hängt das ab?

Die aktuelle Diskussion zeigt: Auf breiter Front wird die Notwendigkeit gesehen,



PROF. HERBERT REBSCHER WÄHREND SEINES VORTRAGES: hoch konzentriert

FOTO: vtiok

dass wir eine Überarbeitung benötigen. Ich würde es begrüßen, wenn sich die Politik als Zieldatum für eine Reform des Morbi-RSA auf den 1. Januar 2019 verständigt, die dann 10 Jahre nach dem Start des Gesundheitsfonds in Kraft tritt. Dazu gibt es eine gemeinsame Positionierung der Ersatzkassen. Wir haben uns zu sechs wichtigen Feldern positioniert, in denen Änderungen stattfinden müssen. Über die hierfür erforderliche Datengrundlage und Evaluation sollte noch im Vorfeld der Bundestagswahl entschieden werden.

Wie ist Ihre Position zum Stellenwert der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen?

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erfüllt wichtige Gestaltungsaufgaben, die ihr der Gesetzgeber übertragen hat. Sie garantiert eine versicherten-nahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Sie steht dabei für Solidarität und Mitbestimmung der Betroffenen. Die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung ist ein leistungsfähiges Prinzip, dessen Stärken sich im Vergleich zu staatlich oder privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen deutlich zeigen. Ich glaube, dass der Erfolg unseres Sozialstaates in Deutschland auch etwas damit zu tun hat, dass wir diese Form der Selbstverwaltung haben. ■

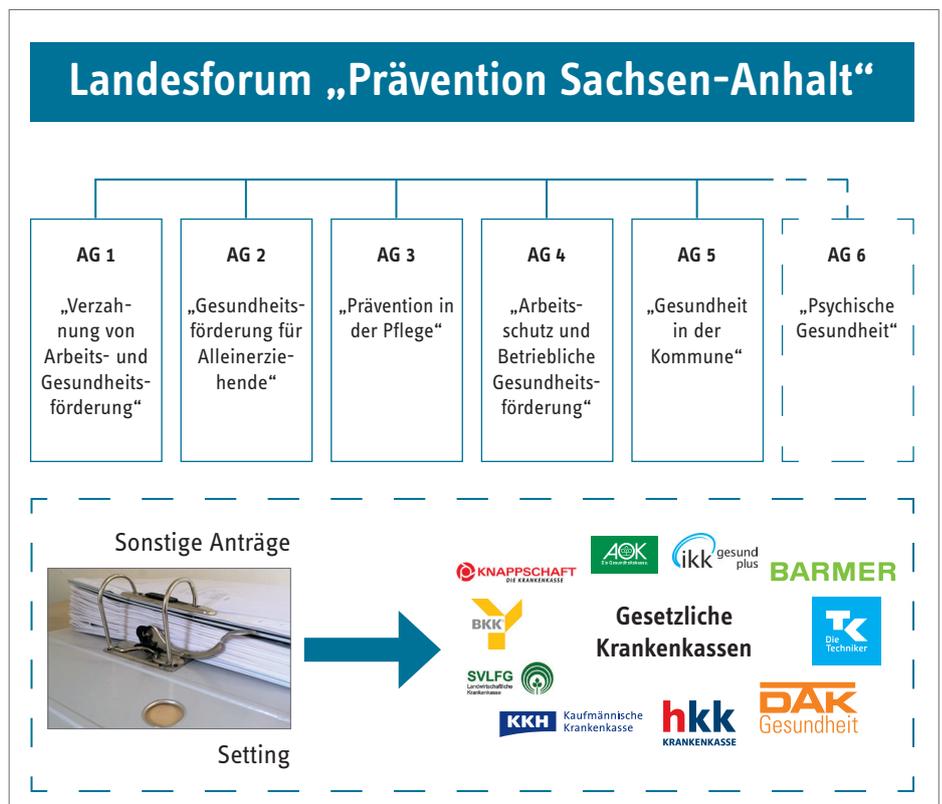
Das „Gesamtgesellschaftliche“ gehört in den Fokus

Landespolitik als auch die Präventionsakteure setzen hohe Erwartungen in die Umsetzung des Präventionsgesetzes durch die Krankenkassen und ihre Verbände. Aber nicht nur die GKV ist gefordert!

Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherungen, Unfall- und Rentenversicherungen und das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration haben sich Ende letzten Jahres auf eine Landesrahmenvereinbarung für eine qualitätsgesicherte Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt verständigt. Gemeinsam mit den beteiligten Partnern Bundesagentur für Arbeit, Städte- und Gemeindebund sowie Landkreistag Sachsen-Anhalt hat man sich das Ziel gesetzt, die Nachhaltigkeit und Reichweite von Präventionsprojekten zu erhöhen.

Grundlage für dieses Vorhaben ist das Präventionsgesetz, das im August 2015 verabschiedet wurde. Dieses soll der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen und -bereichen der Bevölkerung in Deutschland dienen. Auf der Basis einer bundesweiten Präventionsstrategie sollen nunmehr die darin formulierten Ziele in Sachsen-Anhalt einheitlich und zielgerichtet umgesetzt werden.

Ziel der unterzeichneten Landesrahmenvereinbarung ist es, durch Kooperationen der beteiligten Partner die bereits existierenden Gesundheitsaktivitäten im Land Sachsen-Anhalt zu bündeln und die Förderung der Gesundheit in allen Lebenswelten, d.h. von der Kita bis hin zur Pflegeeinrichtung – gezielt weiterzuentwickeln. Dazu haben die Träger der Landesrahmenvereinbarung ein Landesforum „Prävention Sachsen-Anhalt“ gegründet, das in den nächsten Jahren bewährte Ansätze und Kooperationen der Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen und neue Gesundheitsinitiativen voranbringen



DAS NEUE LANDESFORUM und seine Arbeitsgruppen für schwer erreichbare Zielgruppen mit besonderem Präventionsbedarf

möchte. So sollen unter anderem Schwerpunktthemen wie „Gesundheit bei Erwerbslosen“, „Prävention in der Pflege“ sowie „Gesundheitsförderung in den Kommunen“ verstärkt in den Focus rücken. (siehe Schema Landesforum)

Im Zuge des Abschlusses der Landesrahmenvereinbarung wurden unter dem Dach des „Landesforums Prävention Sachsen-Anhalt“ mehrere Arbeitsgruppen eingerichtet. Diese werden sich den Schwerpunktthemen der Gesundheitsförderung strategisch und inhaltlich zuwenden. Die ersten Ergebnisse sind noch im Laufe des Jahres zu erwarten.

Neue und überarbeitete Leitfäden

In den neuen und zum Teil überarbeiteten Leitfäden zur „Prävention“ und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ werden inhaltliche Handlungsfelder benannt und die Qualitätskriterien in der Primärprävention (Individualprävention, Setting-Ansatz) und der betrieblichen Gesundheitsförderung definiert, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten.

Die Leitfäden stehen auf der Website des vdek zum Download bereit: www.vdek.com/vertragspartner/Praevention.html

Lebenshilfe Magdeburg is(s)t gesünder!

Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt machen Ernst mit der Prävention. Dem ersatzkassen-gemeinsamen Präventionsvorhaben für Menschen mit Behinderung werden weitere Projekte folgen.



DIE „PROJEKTMACHER“ Frau Ramona Kann (DAK) Dr. Volker Schmeichel (vdek) Heike Woost (Lebenshilfe Magdeburg) Frau Zur (Strehlow GmbH); Dr. Sabine Dutschko (Lebenshilfe Magdeburg) Uwe Strehlow (Strehlow GmbH) von links

Gesunde Ernährung ist neben regelmäßiger Bewegung ein wesentlicher Bestandteil der gesundheitlichen Prävention. Die Lebenshilfe Magdeburg setzt sich gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) dafür ein, dass auch Menschen mit einer Behinderung diese Präventionsangebote uneingeschränkt nutzen können.

Deshalb bringen die Lebenshilfe Magdeburg und der vdek, mit einem gemeinsamen Projekt, die gesunde Ernährung und das Wissen darum direkt und nachhaltig nach Hause – in diesem Fall in die Wohnstätten der Lebenshilfe in Magdeburg.

Dazu wurde am 03. März 2017 eine Kooperationsvereinbarung zwischen beiden Partnern abgeschlossen. Das Ernährungsteam der Firma Strehlow GmbH partizipiert an der fachlichen und praktischen Umsetzung des Projektes.

Eltern; Erzieher als Vorbild

Die Gesundheitserhaltung und –förderung ist für Menschen ohne und mit Behinderung gleich wichtig. Dabei spielen Faktoren wie die eigene Lebensweise und das Gefühl des Wohlbefindens – körperlich und emotional – eine große Rolle, denn sie können maßgeblich die Gesundheit fördern. Die Vorbildfunktion der Eltern und Betreuer ist dabei entscheidend: Wenn diese eine richtige Ernährungs- und Bewegungsweise vorleben, wird das erheblichen positiven Einfluss auf die Motivation der Menschen mit Behinderung haben. Deshalb werden sowohl Eltern als auch die Betreuer der Wohnstätten von Beginn an aktiv in den Prozess einbezogen. Sie sollen unterstützen, motivieren und die Bewohner beim alltäglich gesunden Essen beraten, ob in der Wohnstätte oder zu Hause.

Das Ernährungsteam der Strehlow GmbH wird in regelmäßigen Bewohner- und Betreuerschulungen, anschaulich und in leichter Sprache, gesunde Ernährungsgrundlagen vermitteln und aufzeigen, wie diese mit zunehmender Leichtigkeit in den Alltag integriert werden können: von der Ernährungspyramide über die Einkaufsplanung und Lagerung der Lebensmittel, bis zum Anrichten der Speisen. Dies alles frei nach dem Motto: „Wir kochen gut.“

Neben der Theorie sorgen auch Aktionstage und gemeinsame Kochevents für Spaß und gute Laune und somit auch für Freude an gesunder Ernährung.

Praxisnah und lebensnah

Projektstart war der 07.03.2017, der Tag der gesunden Ernährung, jetzt also auch in Magdeburg. Innerhalb eines Jahres wird das Projekt mit Bewohnern der Wohnstätten der Lebenshilfe Magdeburg, auf freiwilliger Basis, umgesetzt.

»Wer trinkt ohne Durst, wer isst ohne Hunger, stirbt umso jünger.« Martin Luther

Viele Aktivitäten sind geplant: Rezepte des Monats, gemeinsame Kochevents, Thementage und vieles andere mehr. Zum Weihnachtsbasar der Lebenshilfe am 03. Dezember 2017 wird unter allen Projektteilnehmern ein ganz besonderer Preis bei einer Tombola verlost. Wir wünschen viel Glück! ■

Fähigkeiten bei Kindern mit Handicaps rechtzeitig wecken!



FOTO Dan Race – Fotolia.com

Verzögert sich bei Kindern die Entwicklung oder zeigen sie Auffälligkeiten beim Heranwachsen, können Eltern die Hilfen von heilpädagogischen Frühförderstellen, interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpädagogischen Zentren nutzen. Während sich Frühförderstellen auf rein heilpädagogische Behandlungen spezialisiert haben, werden in interdisziplinären Frühförderstellen durch multiprofessionelle Teams heilpädagogische Behandlungen je nach Erkrankungsbild mit Therapien aus den Bereichen der Logopädie, Physiotherapie oder Ergotherapie kombiniert. Die Förderung bis zum Schuleintritt soll drohende Behinderungen vermeiden oder bestehende Einschränkungen mildern. Die Art und Zusammensetzung der Therapien orientiert sich am aktuellen Hilfebedarf eines jeden Kindes. Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 treten auch für den Bereich der Frühförderung Änderungen in Kraft. Sogenannte Korridorleistungen, wie zum Beispiel Team- und Fallgespräche, Angehörigenberatungen und auch die Superversion rücken durch das Gesetz wieder stärker in den Fokus.

Wer rettet den Wettbewerb im Rettungsdienst?

Die Landesregierung schickt sich an, das Rettungsdienstgesetz zu ändern. Anlass hierfür ist, dass sich der durch Bundesgesetz neu eingeführte Beruf des Notfallsanitäters auch im Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt wiederfinden soll. Laut Bundesgesetzgeber löst der länger ausgebildete Notfallsanitäter spätestens ab dem 1. Januar 2021 den Rettungsassistenten ab. Wurde der Rettungsassistent zwei Jahre ausgebildet, so bedarf es nunmehr einer dreijährigen Ausbildung, um schließlich Notfallsanitäter zu werden. Die gesetzlichen Krankenkassen haben hier angeregt, dass der Rettungsassistent auch nach dem 1. Januar 2021 im Rettungsdienstgesetz Sachsen-Anhalt verankert bleibt. Schließlich – so die Kassen – ist es ungewiss, ob eine abschließende Umstellung auch tatsächlich funktioniert. Mehr Flexibilität im Übergang könnte sich als sachgerecht erweisen. Darüber hinaus sollte das Gesetz auch an anderen Stellen nachjustiert werden. So sieht der aktuelle Entwurf des Innenministeriums vor, dass für den Rettungsdienst nur Organisationen in Frage kommen, die auch im Katastrophenschutz aktiv sind. Die gesetzliche Krankenversicherung sieht dies als rechtlich unzulässige Beschränkung des Wettbewerbs an. Ihre Position stützt sie auf eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes, wonach die Beteiligung am Katastrophenschutz kein Kriterium zur Beschränkung in Frage kommender Anbieter ist. Davon abgesehen werden mit der vorgesehenen Regelung auch zweigang unterschiedliche Bereiche miteinander vermischt. So finanziert die gesetzliche Krankenversicherung den Rettungsdienst, der Katastrophenschutz wird hingegen durch die anfordernde Katastrophenschutzbehörde finanziert.



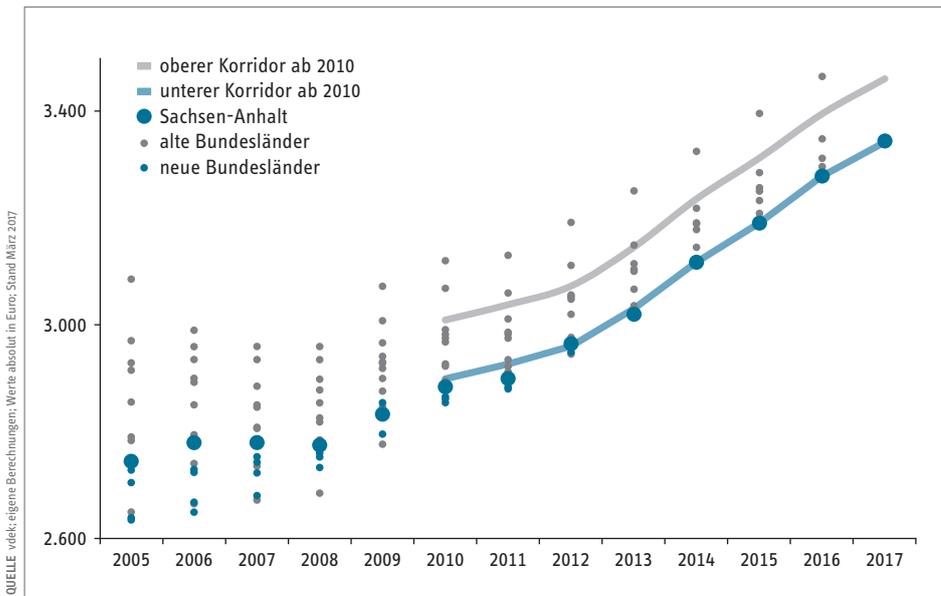
FOTO BARMER

Auswahlverfahren sollen auch immer wirtschaftlich sein. Dieses Ziel wird man aber weniger wahrscheinlich erreichen, wenn man den Kreis von potenziellen Anbietern, wie jetzt vorgesehen, verkleinert. Es ist schließlich zu befürchten, dass diejenigen Anbieter, die jetzt von vornherein von der Beteiligung an Ausschreibungen ausgeschlossen sein sollen, dagegen klagen. Die bis zu einer Entscheidung verbundene Unsicherheit, wer die Leistung erbringen soll, hilft keinem. Auch der zeitliche Verzug bei der Vergabe von Leistungen wäre ein unerwünschter Nebeneffekt. Schließlich soll die Änderung des Rettungsdienstgesetzes die Kassenärztliche Vereinigung dazu ermächtigen, gegenüber Krankenhäusern Bußgelder zu verhängen. Dies greift, wenn die Krankenhäuser ohne hinreichenden Grund keine Notärzte für den Rettungsdienst stellen. Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen diese Regelung ausdrücklich. Denn eine Verpflichtung ohne Sanktionsmöglichkeit für den Fall, dass man ihr nicht nachkommt, basiert ausschließlich auf dem guten Willen der Beteiligten. Und das reicht oftmals nicht aus.

KRANKENHÄUSER

Landesbasisfallwert 2017

Der Landesbasisfallwert ist schon lange kein unüberwindlicher Verhandlungsstreitpunkt mehr. Das gilt bundesweit, die Einigungskorridore (seit 2010) haben sich mehrheitlich bewährt.



ENTWICKLUNG DES LANDESBASISFALLWERTES IN DEN LÄNDERN

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt und die Verbände der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt haben sich nach konstruktiven Verhandlungen über den Landesbasisfallwert für das Jahr 2017 geeinigt.

Der von den Vertragspartnern vereinbarte landesweit geltende Basisfallwert (LBF) für die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt beträgt nunmehr 3.344,75 Euro und liegt damit rund 66 Euro über dem bisher geltenden Wert. Den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt werden damit allein über die Preiskomponente voraussichtlich insgesamt rund 41,2 Millionen Euro mehr als noch im letzten Jahr für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen.

Der Abschluss ermöglicht den Kliniken und Krankenkassen gleichermaßen, auf einer sicheren Grundlage ihre Budgets 2017 zu planen. Die Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen in Sachsen-Anhalt zeigen sich mit dem erzielten

Ergebnis zufrieden und erklären dazu: „Nach konstruktiven Verhandlungen ist es gelungen, für beide Parteien Planungssicherheit in der Weise zu erzielen, dass die Budgetverhandlungen im Jahr 2017 frühzeitig beginnen können. Die Einigung zeigt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen funktioniert. Trotz unterschiedlicher finanzieller Ausgangsbedingungen haben beide Seiten gemeinsam einen tragfähigen Kompromiss gefunden, der für die Versicherten in Sachsen-Anhalt eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung sichert.“

In Sachsen-Anhalt werden in 48 Plankrankenhäusern über 600.000 Patienten pro Jahr stationär behandelt. Diesen Behandlungsfällen liegt auf Basis des vereinbarten Landesbasisfallwertes 2017 ein Landesbudget (exklusive Psychiatrie) von ca. 2,07 Milliarden Euro zu Grunde.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration hat diese Vereinbarung zum 1. März 2017 genehmigt. ■

KRANKENHÄUSER

Der Hintergrund

Der Landesbasisfallwert (LBF) gilt für alle Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt und bildet die Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen (DRGs). Er bestimmt maßgeblich die Höhe der Preise, die das Krankenhaus für die medizinische Leistung von den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen vergütet bekommt und damit auch die Höhe des Finanzvolumens, über das jedes Krankenhaus verfügen kann. Anhand der erwarteten Fallzahlen können die Krankenkassen ihre Kostenentwicklung abschätzen. Die Krankenhäuser sind durch die Prognose ihrer Einnahmen in der Lage, die Vorhaltung zur stationären medizinischen Versorgung und die daraus entstehenden Kosten sicher zu kalkulieren.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes vorgesehen. Dieser sollte zwischen 2010 und 2014 stark abweichende Landesbasisfallwerte an einen Korridor heranführen. Mit dem Bundesbasisfallwert ist ein Korridor von +2,5 % bis -1,25 % festgeschrieben. Der Bundesbasisfallwert für 2017 wurde auf der Basis des vom DRG Institut im September 2016 übermittelten Berechnungsergebnisses unter Berücksichtigung des Veränderungswertes 2017 von den Spitzenverbänden auf der Bundesebene in Höhe von 3.376,11 Euro vereinbart. Die Korridor Grenzen von 2,5 % über dem Bundesbasisfallwert und 1,02 % unter dem Bundesbasisfallwert für die Annäherung der Landesbasisfallwerte an den Bundesbasisfallwert liegen damit bei 3.460,51 Euro für die obere Grenze und 3.341,67 Euro für die untere Grenze.

BÜCHER

Professionelle Gesprächsführung

Das Buch ist ein Lehrbuch für Führungskräfte, die lernen wollen, wie sie ihre Ziele im Gespräch ernsthaft verfolgen können. Erfolgreiches Führen im Alltag ist ohne Gespräch nicht denkbar – mit Mitarbeitern, Vorgesetzten oder Kunden – mit Partnern, Kindern oder Freunden. Obwohl Gesprächsführung weder Schul- noch Ausbildungsfach ist, erfordert es wie Lesen, Schreiben und Rechnen ganz spezifische Kompetenzen. Wie sich das eigene Können optimieren lässt, um das Gespräch als Mittel der Führung sinnvoll, zweckmäßig, zielorientiert und rationell zu nutzen, vermittelt dieses Buch praxisnah.



Christian-Rainer Weißbach,
Petra Sonne-Neubacher
**Professionelle
Gesprächsführung**
485 S., 14,90 €,
Verlag C. H. Beck

SGB I Allgemeiner Teil

Die vierte Auflage des Berliner Kommentars SGB I von Werner Lilge ist ein aktueller Wegweiser durch das Dickicht des Sozialrechts. Das Werk ist auf dem neuesten Stand der Gesetzgebung und Rechtsprechung. Dank seiner verständlichen Sprache und der praxisorientierten, ausführlichen Erläuterungen ist dieses Werk als Auslegungshilfe ein unentbehrlicher Begleiter durch sämtliche Sozialrechtsfälle. Der Kommentar unterstützt im gesamten Sozialrecht.



Werner Lilge
SGB I Allgemeiner Teil
1426 S., 118 €,
Erich Schmidt Verlag

VERANSTALTUNG

Randnotizen zum XVIII. Symposium



FOTOS: vdek



FESSELTEN DIE ZUHÖRER: Staatssekretärin Beate Bröcker (links) und die Referenten des ersten (Prof. Holger Mühlenkamp, Prof. Herbert Rebscher, Dr. Regina Klakow-Franck und Dr. Simone Heinemann-Meerz, rechts oben) und zweiten Tages (Dr. Cristof Veit, Volker Rehboldt, Dorothe Krug, Dr. Klaus Holst und Prof. Gerhard Jorch, rechts unten).

Das gemeinsame Abendessen war nicht nur ein kulinarischer Happen. Wie man hörte, gab es angeregte Unterhaltungen zwischen Vertretern des Ministeriums, der Ärztekammer und der Ersatzkassen. So gab es ja im Vortrag eine Länderschau über die Landeskrebsregister. Hier war allseitige „Stärkung“ gefragt, um die vielen offenen Punkte auf den Punkt zu bringen.

Auch gab es unter den Wissenschaftlern noch geschäftigen Austausch bzgl. der Anreizwirkungen von Fallpauschalen und der Bedeutung von Mindestmengen in der Planung. Aber dies ist ja nicht nur im Beruflichen, sondern auch im Privaten ganz wichtig: Wer bei der Auswahl des Anbieters nicht hinschaut, muss auch mal bezahlen, wenn's nicht gefällt.

Die Folienvorträge stehen wie gewohnt auf unserer Homepage zum

Herunterladen bereit: www.vdek.com/LVen/SAH/Politik/Termine.html
Terminvorschau auf das XVIV. Symposium: 30.11. und 1.12. 2017 im Herrenkrug-hotel Magdeburg ■

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
Redaktion Dr. Volker Schmeichel
Verantwortlich Dr. Klaus Holst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und mittelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2174