

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE GEMEINSAMES LANDESGREMIUM/RETTUNGSDIENSTGESETZ enttäuschende Eckpunkte | BEDARFS-PLANUNG realistische Ansätze | HYGIENE vernetztes Sachsen-Anhalt

## SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . MAI 2012

### AUS DEM VDEK

## 100 Jahre vdek



PHOTO: vdek

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) feiert in diesem Jahr sein 100-jähriges Bestehen. Gegründet wurde der vdek am 20.5.1912 unter dem Namen „Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach. Seitdem haben eine Vielzahl von Gesundheitsreformen, politischen Umbrüchen, Umbenennungen und Fusionen den Verband und nicht zuletzt auch seine Ersatzkassen geprägt. Die Ersatzkassen und ihr Verband haben sich diesen neuen und wechselnden Herausforderungen gestellt und sind heute mit rund 25,7 Millionen Versicherten der Marktführer in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Sie konnten in diesem Jahr ihren Vorsprung im Vergleich zum Vorjahr von 35,7 Prozent auf 37,3 Prozent ausbauen. Auch finanziell stehen die Ersatzkassen gut da. Im Jahr 2011 konnten die Ersatzkassen einen Überschuss von 1,8 Milliarden Euro verbuchen. Pro Versicherten gaben sie ca. 2.350 Euro für die medizinische Versorgung aus.

### GESETZGEBUNG

## Ein gemeinsames Landesgremium gem. § 90a SGB V

Die Bundesländer haben im Rahmen der allgemeinen Daseinsfürsorge die Pflicht eine flächendeckende, umfassende medizinische Versorgung sicherzustellen. Auch das Sozialministerium des Landes macht sich Gedanken über die weitere Ausgestaltung des neuen § 90 SGB V

Der Gesetzgeber hat den Ländern mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit eröffnet, ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Krankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten zu bilden. Wenn die Landespolitik es als erforderlich ansieht, kann das gemeinsame Landesgremium Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Weiterhin räumt der Gesetzgeber nunmehr die Möglichkeit ein, dass dieses Gremium zur Aufstellung und Anpassung von Bedarfsplänen in der ärztlichen Versorgung Stellung nimmt. Die Aufgaben des gemeinsamen Landesgremiums sind in § 90a Sozialgesetzbuch (SGB) V abschließend aufgeführt. Das neu einzurichtende Gremium bietet die Basis für die Erörterung sektorenübergreifender Themen und Aufgaben unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten in der Versorgungsplanung.

### Handlungsfelder

Dr. Nehring hatte sich für das Ministerium für Arbeit und Soziales in Sachsen-Anhalts anlässlich des letzten gesundheitspolitischen Symposiums zum Thema geäußert. Er hatte zunächst die Tatbestände in gesetzlicher Hinsicht referiert und der tatsächlichen Versorgungssituation im Land gegenüber gestellt. Dabei zeigen sich aus seiner Sicht insbesondere zwei Handlungsfelder: Zum einen die Diskussion um den Ärztemangel auf dem Land, der Fragen zu einer optimierten Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten aufwirft. Zum anderen geht es um Selektivverträge, in die es aufgrund teilweise fehlender Zuständigkeiten keinen Einblick hat. Die Schlussfolgerung des Ministeriums hieraus lautet, dass Selektivverträge eine transparente, flächendeckende Versorgung erschweren.

In Schleswig-Holstein wurde am 30.1.2012 der bundesweit erste Gesetzesentwurf zur Umsetzung des neuen gemeinsamen Gremiums vorgelegt. Hiernach wird das Gremium mit 18 Beteiligten besetzt.



## KOMMENTAR

### Orientierung gefragt



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

Das gemeinsame Gremium gem. § 90 a SGB V zur sektorübergreifenden Versorgung soll auch in Sachsen-Anhalt kommen. Der Innenminister denkt über die Finanzierung von Wasser- und Bergrettung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach. Auf der Bundesebene soll das Kartellrecht für die Kassen eingeführt werden.

In diesem Tohuwabohu sollte mal innegehalten werden, um sich des ordnungspolitischen Rahmens zu erinnern, der die gesetzliche Krankenversicherung umschließt und der das Zusammenspiel von Leistungserbringern und Kostenträgern regelt: Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Sicherstellungsauftrag. Die Versorgungsaufträge im stationären Bereich liegen bei den einzelnen Krankenhäusern.

Der Leistungskatalog der GKV ist im SGB V abschließend definiert. Krankenkassen sind keine Unternehmen, sondern Teil der gesetzlichen Sozialversicherung. Das Sozialministerium ist primär eine Aufsichtsbehörde für die Partner der Selbstverwaltung. Alle Gesetze und Regeln, die abweichend von diesem Rahmen beschlossen werden, lassen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auseinanderfallen, mit allen negativen Folgen. Ich wünsche allen politisch Verantwortlichen, dass sie die Übersicht bewahren und die anstehenden gesetzlichen Regeln mit dem richtigen Maß versehen. Für sich selbst, für uns, für alle.



Die Kostenträger haben drei Stimmen; zusätzliche Stimmen im Sinne der Ergänzung des Gremiums erhalten die Ärztekammer (2), die kommunalen Spitzenverbände (2) und die Psychotherapeuten (2). Die Beschlussregel für Empfehlungen soll eine Geschäftsordnung später festlegen. Nach Auffassung des vdek würden Regelungen, wie sie in Schleswig-Holstein entworfen worden sind, dem vom Gesetzgeber vorgesehenen empfehlenden Charakter widersprechen und die Intention des Gesetzes überschreiten, weil sie sich auf grundsätzliche Fragen der Bedarfsplanung beziehen sowie auf die Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen.

#### Paritätische Gremienbesetzung

Der vdek favorisiert eine paritätische Besetzung des Gremiums durch die im Land ansässigen Kostenträger und Leistungserbringer unter dem Vorsitz des Ministeriums. Diese Lösung ist von dem Gedanken getragen, dass Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums durch die Mehrheit der Beteiligten im Land getragen werden, die auch die Versorgung im Land gestalten und finanzieren. So kann dem in der Versorgungsdiskussion gewünschten Pluralismus umfänglich Rechnung getragen werden und die im gemeinsamen Landesgremium erörterten Fragestellungen direkt in die Entscheidungsgremien transportiert und dort beraten werden.



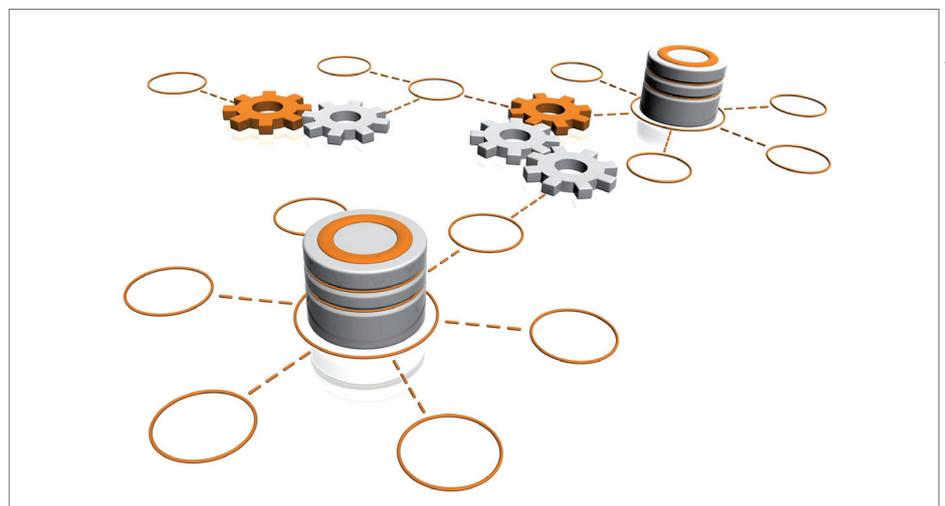
DR. DR. REINHARD NEHRING Sozialministerium Sachsen-Anhalt, auf dem gesundheitspolitischen Symposium des vdek

Soweit unter einer solchen Konstellation keine klaren Mehrheiten zustande kommen, sollten umstrittenen Empfehlungen des gemeinsamen Landesgremiums auch als „mehrheitliche Empfehlungen“

#### »Die Länder wollen für ihre Bürgerinnen und Bürger eine bestmögliche medizinische Versorgung«

Dr. Dr. Reinhard Nehring

mit Verweis auf die Position der Minderheit festgestellt werden. Es widerspräche den Grundsätzen der gemeinsamen Selbstverwaltung, wenn Leistungserbringer und andere Beteiligte mehrheitlich darüber entscheiden, wie Strukturen zu organisieren und Versicherungsgelder einzusetzen sind.



EIN GEMEINSAMES LANDESGREMIUM entsteht ...

## Finanzverantwortung

Gerade weil hier sektorübergreifend über Leistungen diskutiert werden wird, aber für viele Beteiligte keine finanzielle Verantwortung besteht, ist es unverzichtbar, dass sämtliche dieser Empfehlungen auch Aussagen über die Finanzierung der betreffenden Maßnahme enthalten. Empfehlungen mit zusätzlichen finanziellen Lasten für die Versicherungsgemeinschaft, die nicht reflektiert werden, sind zu vermeiden. Zu jedem solcher Vorschläge gehört also auch ein Hinweis, wo das Geld für die betreffende Maßnahme herkommen soll.

Andererseits sollten in allen Fällen weitere Beteiligte zu den Beratungen hinzugezogen werden, wenn deren Belange berührt sind und dies von den ständigen Vertretern des gemeinsamen Gremiums so beschlossen wird. Das gemeinsame Landesgremium hat eine beratende und empfehlende Funktion, ohne dass es Beschlusslagen anderer Gremien aufheben könnte. Es hat ein Initiativrecht für Empfehlungen zur sektorübergreifenden Versorgung. Insoweit kann es als „Think tank“ oder als Beirat für benachbarte Gremien (Landesausschuss, Krankenhausplanungsausschuss) wirken.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales hat sich tendenziell dafür entschieden, auch bei uns im Land ein solches Gremium einzurichten. Im gesundheitspolitischen Symposium der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt vom Dezember 2011 hat es seinen Anspruch deutlich gemacht, dass die Entscheidungen dieses Gremiums, wenn es eingerichtet wird, eine hohe Akzeptanz haben sollten, indem seine Empfehlungen von den Akteuren des Gesundheitswesens insgesamt getragen werden. In der Folge wäre dann auch mit einer hohen Umsetzungswahrscheinlichkeit solcher Empfehlungen zu rechnen. Aus Sicht des Ersatzkassenverbandes ist dies ein richtiger Ansatz. Die Kostenträger werden jene Verbesserungen in der Versorgung unterstützen, für die ein konsentiertes Finanzierungskonzept existiert. ■

## NEUE LEISTUNG

# Rechtzeitige individuelle Frühförderung für Kinder

In der gesundheitlichen Versorgung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern gibt es ab den 01. April. 2012 in Sachsen-Anhalt die Möglichkeit, die Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung (IFF) zu nutzen.

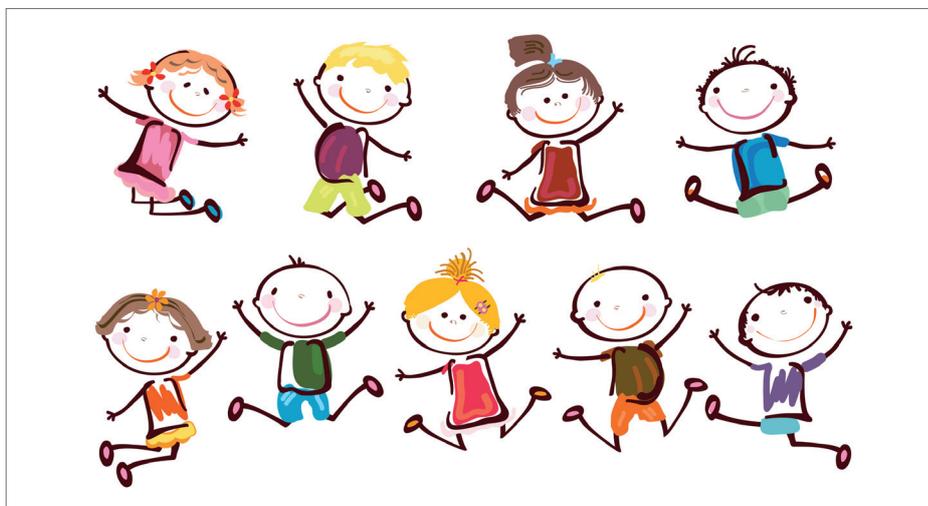


FOTO: dlp - fotolan.com

Um die Chancen auf ein selbstbestimmtes Leben von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern zu erhöhen, sind diese auf frühe Hilfen angewiesen. Deshalb ist es von Vorteil eine (Fehl)Entwicklung des Kindes auch früh zu erkennen.

Die interdisziplinäre Frühförderung kann dann drohende Entwicklungsverzögerungen unter Umständen vermeiden oder zumindest die Folgen einer Behinderung mildern. Die Leistung kann von der Geburt bis zur Einschulung gewährt werden. Sie ist für Kinder vorgesehen, die gleichzeitig und über mindestens ein Jahr hinaus sowohl heilpädagogischen als auch medizinisch-therapeutischen Förderbedarf haben.

Mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Halle steht für den südlichen Raum Sachsen-Anhalt ein verlässlicher Vertragspartner zur Verfügung, der in der Betreuung der behinderten und von

Behinderung bedrohten Kinder, die notwendige interdisziplinäre Eingangsdiagnostik erbringt. Deren Ergebnisse münden dann in die Erstellung eines Förder- und Behandlungsplanes, der den komplexen Förderbedarf für das Kind in der Regel für ein Jahr beschreibt. Kinder, die eine Komplexeleistung (heilpädagogische sowie medizinisch-therapeutische Leistungen in Kombination) benötigen, bei denen jedoch der medizinisch-therapeutische Anteil deutlich über dem heilpädagogischen Förderbedarf liegt, werden in der IFF-SPZ Halle weiter betreut. Zusätzlich wurden weitere regionale IFF-Stützpunkte vertraglich gebunden. Diese waren bislang rein heilpädagogisch ausgerichtet und werden zukünftig ebenso für die Versorgung von Kindern mit komplexem Förderbedarf (hier steht weiterhin die Heilpädagogik im Vordergrund) zur Verfügung stehen. Finanziert wird die neue Leistung in Kostenträgerschaft von Krankenkassen und Sozialhilfeträger. ■

# Präqualifizierung in Sachsen-Anhalt

Um den im Hilfsmittelbereich bei individuellen Eignungsprüfungen entstehenden hohen Aufwand zu vermeiden, schuf der Gesetzgeber die Möglichkeit zum Aufbau zentraler Stellen für die Eignungsprüfung von Leistungserbringern.

Die „PQS Hilfsmittel“, die Präqualifizierungsstelle (PQS) des vdek in Sachsen-Anhalt, zieht nach einem Jahr ihres Wirkens eine positive Zwischenbilanz. Immer mehr Leistungserbringer aus den Bereichen Orthopädie- und Schuhtechnik, Augenoptik, Hörakustik sowie Apotheken entscheiden sich für eine Zertifizierung durch die „PQS Hilfsmittel“ des vdek. Diese Zertifizierung bietet den Hilfsmittelanbietern einige Vorteile. Waren früher noch mehrere Krankenkassenverbände für die Erteilung einer Zulassung zuständig, kann der Leistungserbringer heute eine geeignete Stelle wählen, die ein Zertifikat mit einer Gültigkeit von fünf Jahren über die erfolgreiche Eignungsprüfung ausstellt. Dieses Zertifikat kann dann für Vertragsabschlüsse bei allen Krankenkassen eingereicht werden. Zur Umsetzung der Wettbewerbsneutralität der Präqualifizierungsstellen gehört auch, dass sie ohne Eigeninteresse am Ausgang des Präqualifizierungsverfahrens handeln und allen Antragstellern einen gleichberechtigten Zugang und gleiche Informationen zum Verfahren gewähren. Ermessensspielräume gibt es im Gesamtverfahren. Stichworte wie gleichwertige Qualifikationen, Barrierefreiheit, Meisterpräsenz oder Zentralwerkstatt werden immer wieder diskutiert. Bei manchen Leistungserbringern kann die Präqualifizierung aufgrund des Bestandsschutzes erfolgen. Die Präqualifizierungsstelle des vdek berät dazu ausführlich. Wenn es möglich ist, wird auf Grund des Bestandsschutzes präqualifiziert, da der Leistungserbringer in diesem Fall zumindest bis Ende 2013 an der

Versorgung teilnehmen kann. Wichtig ist, rechtzeitig einen Antrag zu stellen, denn der Bestandsschutz gilt nicht automatisch. Da viele Krankenkassen dabei sind, in ihren Verträgen die Präqualifizierung zu fordern, empfiehlt die „PQS-Hilfsmittel“ des vdek in Sachsen-Anhalt sich rechtzeitig mit den neuen Anforderungen auseinander zu setzen. Sofern eine individuelle Beratung gewünscht wird, stehen die Mitarbeiterinnen gern zur Verfügung. Weitere Informationen können auch von der Homepage [www.pqs-hilfsmittel.de](http://www.pqs-hilfsmittel.de) abgerufen werden. ■



FRANK HARTMANN,  
Geschäftsführer der rmcStolze GmbH

FOTO: FRIEDRICH

## DREI FRAGEN AN HERRN HARTMANN

### Sachkundig und unbürokratisch

**vdek** Wo sehen Sie die Vorteile des Präqualifizierungsverfahrens für Unternehmen im Hilfsmittelbereich?

**Frank Hartmann** Das alte Verfahren war allgemein gehalten, beschränkte sich auf drei Gruppen und bildete nicht für jede Hilfsmittelgruppe die erforderlichen fachlichen und technischen Voraussetzungen ab. Das neue Verfahren der Präqualifizierung enthält eine Anforderungsmatrix, die auf jeden Produktbereich des Hilfsmittelverzeichnis abgestimmt ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass mit Abschluss der Präqualifizierung ein Qualitätsnachweis gegenüber allen Krankenkassen erreicht wird.

**vdek** Aus welchen Erwägungen heraus haben sie sich für die PQS-Hilfsmittel des vdek entschieden?

**Frank Hartmann** Die PQS-Hilfsmittel besitzt das transparenteste Preissystem. Ansprechpartner der PQS stehen vor Ort zur Verfügung und können auf Fragen schnell reagieren.

**vdek** Wie waren Ihre Erfahrungen mit der PQS des vdek?

**Frank Hartmann** Die Zusammenarbeit verlief problemlos, so dass das Projekt zur Präqualifizierung unserer sechs Standorte schnell abgeschlossen werden konnte. Mit den uns zur Verfügung gestellten Checklisten konnten wir die Anforderungen abarbeiten. Wir haben dann die kompletten Unterlagen eingereicht. Diese wurden innerhalb kürzester Zeit durchgesehen, so dass wir notwendige Ergänzungen erneut einreichen konnten und die Präqualifizierung erhalten haben.

# Hygiene GROSSGESCHRIEBEN, stationär...

Mit der Neufassung des Infektionsschutzgesetzes hat die Bundesregierung die Länder verpflichtet, Rechtsverordnungen zur Hygiene in medizinischen Einrichtungen zu erlassen.



FOTO: Vilew - Fotolia.com

Im Gesundheitswesen ist Hygiene besonders wichtig. Immer dann wenn Hygiene vernachlässigt wurde bzw. deren Stellenwert unbekannt war, war der Schaden fatal. Aus der Geschichte sind z.B. die „Justinianische Pest“ (6. Jh.) „Schwarzer Tod“ (14.Jh.) als Pandemien anzuführen, die oftmals noch durch medizinisches Unwissen der damaligen Zeit begünstigt, über die Menschheit millionenfaches Leid brachte. Auch in der Gegenwart darf man die Medizinhygiene nicht dem Selbstlauf überlassen.

Haut- und Händedesinfektionsmittel, Krankenhauswäsche, -küche, medizinische Instrumente und nicht zuletzt Räume und Sanitäreinrichtungen müssen hygienisch sauber und desinfiziert sein um somit Infektionsketten zum Beispiel in Krankenhäusern, Pflege- bzw. Rehabilitationseinrichtungen, Zahn- und Arztpraxen

oder anderen medizinischen Einrichtungen unterbinden zu können.

Zur Förderung der Prävention und Reduktion von nosokomialen Infektionen\*) existiert seit 2010 das regionale Netzwerk HYgiene in Sachsen-Anhalt (HYSA).

Ziel ist es, das Vorkommen von multiresistenten Erregern\*\*), insbesondere durch eine verbesserte Kommunikation und Organisation an den Schnittstellen der Patientenversorgung zu verringern.

Hierzu werden eine ganze Reihe von Basisinformationen u.a., zum Hygienemanagement:

- in Kliniken,
- in Heimen und Pflegediensten,
- im Krankentransportwesen und
- in der ambulanten, ärztlichen Versorgung vorgehalten.

Weitere Informationen:

<http://www.hysa.sachsen-anhalt.de> ■

\*) Nosokomiale Infektionen sind Erkrankungen, mit denen man sich im Krankenhaus oder während ambulanten medizinischen Maßnahmen ansteckt.

\*\*) Multiresistente Erreger (MRE) sind Krankheitserreger, die nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr antibiotisch behandelt werden können. Sie verbreiten sich immer schneller und gewinnen zunehmend an Bedeutung. Der bekannteste multiresistente Erreger ist der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), aber auch andere Keime, wie unter anderem Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und Extended-Spectrum Betalactamase (ESBL-) bildende Enterobakterien stellen ein zunehmendes infektionshygienisches Problem dar.

... und ambulant



FOTO: viki

Bereits 2006, auf der 79. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) wurde einstimmig ein Strategiepapier zum Infektionsschutz beschlossen. (vgl. [www.gmkonline.de/?&nav=beschluessse\\_79&id=79\\_10.01](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluessse_79&id=79_10.01))

Damit unterstützte die GMK die Etablierung regionaler und in der Summe flächendeckender Netzwerke zur Verbesserung des Infektionsschutzes.

Gleichzeitig wurde durch die GMK angeregt, den Austausch zwischen den Krankenhausgesellschaften, der Selbstverwaltung und medizinischen Fachleuten zu suchen, um entsprechende medizinische Sachfragen, als auch die notwendigen Vergütungsgrundlagen einvernehmlichen Lösungen zuzuführen.

Fast sechs Jahre später erfolgten auch im ambulanten Sektor notwendige „Anpassungen“. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hatte Ende 2011 eine neue Vergütungsvereinbarung für die Leistungen der Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA (Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus)-Trägern beschlossen. Die bundesweit geltende Vereinbarung ist zunächst vom 1. April 2012 bis zum 31. März 2014 befristet. Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen erfolgt über Sonderziffern GOP 86770 bis 86781 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

# Rettungsdienstgesetz – auf dem Weg zur Novellierung

Im Innenministerium arbeitet man an einem „modernen“ Gesetzentwurf. Ob man dort allerdings weiß, wie man den „gordischen Knoten“ beim Rettungsdienst löst, ist auch nach Kenntnis der vom Minister vorgelegten Eckpunkte noch nicht klar.

Gegendarstellung zum Thema Rettungsdienstgesetz → [Link](#)

**B**eim Rettungsdienst hakt es an allen Fronten. Insbesondere die derzeitige Preisfindung in der Luft- und Bodenrettung sowie bei den Notärzten steht in der Kritik.

Nach § 12 des Rettungsdienstgesetzes entscheidet die Schiedsstelle über die Höhe der Benutzungsentgelte, wenn sich die Beteiligten nicht innerhalb von zwei Monaten über Entgelte einigen. Kommt die Schiedsstelle nach weiteren zwei Monaten zu keinem Schiedsspruch, können die Träger des Rettungsdienstes Benutzungsentgelte per Satzung festlegen. An dem Verfahren sind als Kostenträger auch die Krankenkassen beteiligt und diese bekommen seit einiger Zeit Post von der Schiedsstelle. Der Inhalt ist immer wieder gleichlautend: Ein Landkreis hat eine Satzung erlassen, und die Schiedsstelle beabsichtigt deshalb das Verfahren einzustellen. In einem Fall teilte die Schiedsstelle schon vorab mit, dass sie bis zu einer Kreistagsitzung, bei der eine Satzung erlassen werden soll, nicht entscheiden könne. Abgesehen davon, dass sich nach Ansicht der Krankenkassen Verfahren durch den Erlass einer Satzung nicht erledigen, ist es die ursächliche Aufgabe einer Schiedsstelle, Entscheidungen in der Sache selbst zu treffen. Mitteilungen im Vorfeld, man werde nicht entscheiden können, widersprechen der eigenen Logik.

Das Innenministerium hat die beiden Standorte für die Luftrettung in Sachsen-Anhalt kürzlich ausgeschrieben. Im Vergleich zu den bisherigen Kosten werden trotz dieses Verfahrens die Kosten sogar

steigen. Der Gewinner der Ausschreibung änderte im nach hinein die Kalkulationsgrundlagen. Für die Krankenkassen als Kostenträger ist dieses Drehen an der Kostenspirale inakzeptabel.

Die Kosten für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst sind alles andere als stabil. Die Festsetzung von Benutzungsentgelten und damit auch Notarztekosten per Satzung, wirkt in Verbindung mit der Untätigkeit der Schiedsstelle dafür, dass Kosten unkontrolliert steigen. Dieser Umstand ist aber nur einer von vielen Unplausibilitäten, die bei den Notarztekosten zu beobachten sind. Es fehlt auch hier ein stimmiges Konzept, den Kostenaufwuchs zu bremsen und mit den begrenzten finanziellen Ressourcen der GKV in Einklang zu bringen.

### [Das neue Rettungsdienstgesetz in den Eckpunkten](#)

Insgesamt 15 Eckpunkte skizzieren eine Gesetzesnovellierung, die nach Auffassung von Innenminister Stahlknecht für maximale Rechtssicherheit sorgen soll. Aus Sicht des vdek bedarf die Umsetzung dieser Eckpunkte in ein Gesetz folgender Regeln:

- Die Tarifbindung sollte generell und allgemein als Vorgabe in Ausschreibungen vorgegeben werden, um eine leistungsgerechte Entlohnung der Rettungsdienstsanitäter sicherzustellen,
- Bei der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung sollten die Krankenhäuser zwingend ohne Ausnahme eingebunden

werden, wie es die Koalitionsvereinbarung von CDU und SPD vorsieht.

Der vdek kritisiert die geplante Abkehr von einer Verhandlungslösung und den Wegfall der Schiedsstelle, Hier droht die GKV zu einer reinen finanziellen Selbstbedienungsorganisation zu verkommen. Inwieweit diese Pläne mit den Vorgaben des SGB V kompatibel sein werden, ist mit Spannung zu erwarten.

Weiterhin sind avisierte Leitstellenreduzierungen nach dem Prinzip der Freiwilligkeit Ausdruck politischer Handlungsunfähigkeit. Immerhin ist eine solche freiwillige Lösung zwischen den Landkreisen Salzwedel und Stendal in Aussicht gestellt, aber darüber hinaus dürfte dann in absehbarer Zeit keine weitere Anpassung unwirtschaftlicher Strukturen erfolgen.

Ein Berücksichtigen der Interessen von Landkreisen und Hilfsorganisationen, eigene ministerielle Vorstellungen und das grundsätzliche Negieren der Interessen der Versichertengemeinschaft verhindern einen ausgewogenen Lösungsansatz, wenn die Eckpunkte wie oben dargestellt umgesetzt werden. Es droht ein weiterer Aufwuchs bei den Rettungsdienstkosten.

Der Lösungsansatz des vdek: Gebührenordnung für die Notärzte und zwingende Einbindung der Krankenhäuser bei der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung, eine paritätisch besetzte Schiedsstelle, deren Entscheidungen vor Satzungslösungen gelten und eine rechtssichere Umsetzung von Ausschreibungsverfahren (in der Luftrettung). ■

## Kleinteilige Planung von Vorteil?

Mit der neuen Bedarfsplanung werden ab 2013 alle Planungsbereiche so angepasst, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Es ist die Rede von mehr Flexibilisierung, Feinsteuerung und kleinteiliger Bedarfsplanung.

Die derzeit überall in Deutschland angewandte Grundlage für die Berechnung von Über- bzw. Unterversorgung beinhaltet für 14 verschiedene Arztgruppen eine Arzt-Einwohner-Relation, die sogenannte Verhältniszahl. Diese Zahl ist als Planzahl zu verstehen und gibt an, wie viele Ärzte in einer Region für eine ausreichende Versorgung notwendig sind. Je nach dem, in welcher Höhe diese Planzahl erreicht wird, ergibt sich der allgemeine Versorgungsgrad. Dieser wird als Prozentzahl angegeben. Liegt der Versorgungsgrad um mehr als 25 Prozent in der hausärztlichen bzw. um mehr als 50 Prozent in der fachärztlichen Versorgung unter der Planzahl, spricht man von Unterversorgung. Wird der allgemeine Versorgungsgrad um zehn Prozent überschritten, wird nach dem geltenden Recht Überversorgung angenommen. Im letzteren Fall sind gemäß § 103 SGB V für diese Arztgruppen im entsprechenden Bereich Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.

Die heutige Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt ist vor allem geprägt von hausärztlicher Unterversorgung im ländlichen Bereich. In Sachsen-Anhalt können sich jedoch überall Hausärzte niederlassen. Sowohl in den Städten Magdeburg und Halle als auch in den dünn besiedelten Flächenkreisen ist eine Niederlassung möglich. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Verbände der Krankenkassen haben Investitionszuschläge ausgeschrieben, um den Anreiz der Niederlassung in Gebieten mit festgestellter Unterversorgung zu erhöhen – bislang ohne Erfolg.

Daneben konnte mit Beschluss des Landesausschusses Sachsen-Anhalt in den

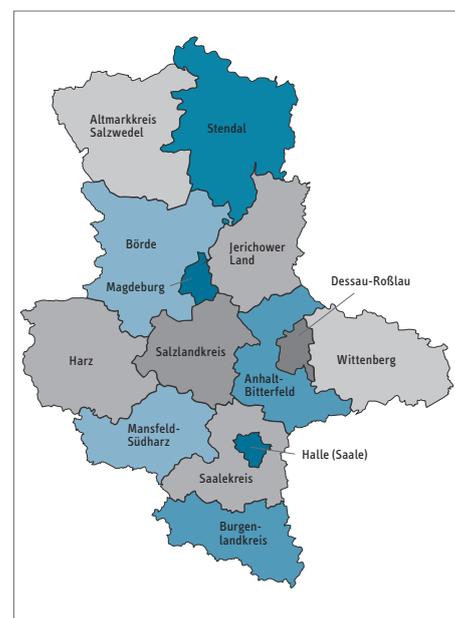
Bereichen Magdeburg, Halle und Weißenfels eine Absenkung der Überversorgungsgrenze von 110 auf 105 Prozent erreicht werden. Damit sollte eine Niederlassung in den großen Städten und dem Landkreis Weißenfels nicht mehr möglich sein. Neue Hausärzte sollten in ländliche Regionen gesteuert werden – was auch erreicht wurde.

Um die älter werdende Gesellschaft bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, hat der GBA einen sogenannten Demografiefaktor (DF) in die Bedarfsplanung eingebaut. Dieser wird dort berücksichtigt, wo für bestimmte Arztgruppen eine über dem Bundesdurchschnitt liegende erhöhte Inanspruchnahme zu vermuten ist. Auf Basis der Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird jährlich für jede Arztgruppe der Leistungsbedarf der unter- und der über 60-jährigen ermittelt. Dieser Bedarf wird zur statistisch ermittelten Wohnbevölkerung dieser Altersgruppen ins Verhältnis gesetzt.

Das Ergebnis der Einführung des Demografiefaktors ist trivial. Planerisch fehlen in Sachsen-Anhalt jetzt noch mehr Ärzte um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, ohne dass dies an der faktischen Situation etwas geändert hätte. Es werden zudem mehr freie Arztstühle ausgewiesen, auch in Regionen die zuvor überversorgt waren. Beispielhaft weist Magdeburg einen Versorgungsgrad ohne DF von 106,1 Prozent aus. Mit Berücksichtigung des DF sind es 97,8 Prozent. Dadurch sind 11 freie Praxissitze allein in Magdeburg zu verzeichnen. Die Versorgung ist dadurch in den Städten gleich geblieben. Der Ärztemangel auf dem Land

wird nicht behoben. Die Ausweisung neuer Arztstühle, vor allem in bisher nicht unterversorgten Planungsbereichen verschärft das Problem der Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Regionen, weil die Umsteuerung von der Stadt auf das Land nun entfällt.

Die KVSA fordert vor diesem Hintergrund für das Honorar 2012 eine Angleichung der Vergütung unter Berücksichtigung der Morbidität um 16 Prozent. Der Gesetzgeber gibt den Vertragspartnern in



KARTE: mbk

diesem Fall jedoch eine bundesweit einheitliche Steigerungsrate gemäß § 87 d SGB V vor. Und diese liegt für 2012 bei 1,25 Prozent Steigerung. Berücksichtigt man die Honorarsteigerungen in den letzten drei Jahren, so kann allein für Sachsen-Anhalt ein Honorarzuwachs von circa 20 Prozent festgestellt werden. Mehr Ärzte konnten hierdurch nicht für Sachsen-Anhalt gewonnen werden. ■

## BÜCHER

### Vergleich der Gesundheitssysteme

Gesundheitssysteme sind einem fortlaufenden Wandel unterworfen. Die vergleichende Beobachtung anderer Länder kann wichtige Anregungen für Strukturreformen geben. Der Vergleich der Gesundheitssysteme von Deutschland, Österreich, Großbritannien und Dänemark erfolgt anhand der Dimensionen Deckungsgrad, Finanzierung, Ausgaben, Leistungen und Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung.



Claus Wendt  
Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich  
2. Auflage 2009, 344 S., € 49,90, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

### Gesundheitspolitik – ein Resümee

Der Herausgeber der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik, Karl-Heinz Schönbach, behielt bei der Gesundheitspolitik der letzten 20 Jahren fast immer den Durchblick. Er hat die Zeit noch einmal Revue passieren lassen, alte Editorials überarbeitet und mit den dazugehörigen, oft bissigen Titelkarikaturen von Sven Siekmann in diesem Buch vereint. Mit spitzer Feder, scharfem Strich und viel Ironie werden 96 Marksteine in die 20 Jahre gesetzt. So ist ein schönes Buch entstanden, bei dem sich Text und Bild wunderbar ergänzen.



Karl-Heinz Schönbach, Sven Siekmann  
Wie schnell ist nichts passiert! 2011, 207 S., € 32,40, Sonderdruck, nur beziehbar über gus@nomos.de, Redaktion „Gesundheits- und Sozialpolitik“, AOK-Bundesverband, Berlin

## JUBILÄUM 2

### 20 Jahre vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Foto: vdek



SEIT JAHREN DER „VDEK-HAUSEINGANG“ am Schleinufer.

Vor 20 Jahren, exakt am 15. April 1992 nahm die „Ur-Besatzung“ sukzessive – ihre Arbeit auf.

Von Beginn an ist die Landesvertretung Servicepartner für alle Ersatzkassen, die heute rund 680.000 Versicherten in Sachsen-Anhalt betreuen. Hauptaugenmerk unserer Arbeit liegt zum einen in der gesundheitspolitischen Interessensvertretung aller Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt und zum anderen in der Ausgestaltung von Vertragsinhalten gegenüber allen medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern. In den letzten 20 Jahren ist aber auch viel Innovatives praxisrelevant geworden, z. B. die auch bundesweit viel beachtete integrierte Versorgung „integra-neue Wege zur Gesundheit“.

Zuerst war die LV mit fünf Mitarbeitern in der obersten Etage der Julius-Bremer-Straße präsent, zwei Jahre später verlagerte man den Dienstsitz an das Schleinufer 12, dem man bisher auch die Treue hält.

Aus damals 5 sind mittlerweile 16 Mitarbeiter geworden. Auch das Aufgabenspektrum der Landesvertretung hat sich erweitert (z.B. das Zulassungsgeschäft „sonstige Leistungserbringer“, und der gesamte Bereich der Pflegeversicherung, insbesondere deren Qualitätssicherung).

## TERMINE

### Fotoausstellung und Ersatzkassenforum

#### „Wieder gesund“

Das 20-jährige Bestehen der Landesvertretung wird von einer Fotoausstellung zum Thema „Wieder gesund“ begleitet. Die Fotoausstellung kann dann vom 8. Mai bis zum 18. Mai öffentlich in der Rathausdiele besichtigt werden.

#### Ersatzkassenforum 2012

Am 7. Juni 2012 findet im Gesellschaftshaus das diesjährige Ersatzkassenforum in Magdeburg statt. Thema: „Ein Jahrhundert Ersatzkassenverbände – Im Dienst der solidarischen Krankenversicherung“. Die Referenten, wie Thomas Ilka (Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit), Holger Langkutsch (stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates des vdek) und Thomas Ballast (Vorsitzender des vdek) werden auf dieser Jubiläumsveranstaltung Erwartungen der Politik zum Ausdruck bringen und Einblicke in das Zusammenspiel der Ersatzkassen geben. <http://www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Termine/index.htm>

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e.V.  
Schleinufer 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  
Gestaltung ressourcenmangel  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-2174