

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PAPIERTIGER Wirtschaftlichkeitsprüfungen | GESUNDHEITSMONITOR richtig bewerten
ARGE-ZULASSUNG-HEILMITTEL STARTET | FINANZKONSENS bei generalistischer Pflegeberufausbildung

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2019

REGIONALE VERSORGUNG

#regionalstark



Die bundesweiten Ersatzkassen betonen ihre Stärke in der regionalen Versorgung. Im Zusammenhang mit der von der „AOK-Familie“ unsachlich geführten Diskussion um das Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) werden Mythen über die regionale Versorgung verbreitet.

Dabei verschweigt man, dass ca. 97 Prozent aller Versorgungsverträge gemeinsam geschlossen werden. Dies bedeutet, dass alle gesetzlichen Krankenkassen an der regionalen Versorgung beteiligt sind. Ergänzt wird diese Versorgung durch zahlreiche Selektivverträge, die auf die spezielle Versorgungssituation vor Ort eingehen.

Auch wenn die Ersatzkassen bundesweit strukturiert sind, wird die regionale Versorgung gemeinsam mit allen anderen Krankenkassen organisiert. Zudem haben aber die Ersatzkassen deutschlandweit 1.380 regionale Versorgungsverträge abgeschlossen und verbessern damit die Versorgung vor Ort.

GESUNDHEITSPOLITIK

Vorfahrt für die Selbstverwaltung

Das Gesellschaftshaus in Magdeburg war auch 2019 das Forum für den Dialog zwischen Ersatzkassen und Politik. Die Selbstverwaltung ist unverzichtbar und in ihren Strukturen nah am Versicherten.

Die Sozialministerin Petra Grimm-Benne und der Verbandsvorsitzende Uwe Klemens sind sich einig, dass fachliche Verantwortung und finanzielle Souveränität wesentliche Elemente der Selbstverwaltung bleiben müssen.

Das diesjährige Ersatzkassenforum reklamiert Vorfahrt für die Selbstverwaltung. Der Verbandsvorsitzende erklärte dem Auditorium auch die Gründe dafür. Das ist in diesen Tagen wohl angezeigt, denn der Gesundheitsminister hat eine Unzahl an Gesetzen in Arbeit, die das bewährte System einer selbstverwalteten Gesundheitswirtschaft von Krankenkassen und Leistungserbringern torpedieren. Der Gesundheitsminister will mehr Kontrolle über Entscheidungen im Gesundheitswesen. Das MDK-Reformgesetz verbannt die Krankenkassen aus dem Verwaltungsrat des MDK. Der Entwurf des Gesetzes zur fairen Kassenwahl ändert die Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband maßgeblich. Das Implantateregister-Einrichtungsgesetz soll es dem BMG ermöglichen, erheblich auf die Zulassung von Implantaten Einfluss zu nehmen. Muss das sein?

Uwe Klemens erinnerte daran, dass der Staat der Selbstverwaltung zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vorgibt, sich die Versicherten und Beitragszahler sowie die Leistungserbringer jedoch selbst in Verbänden organisieren, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Dabei kommen die Selbstverwalter aus der Mitte der Gesellschaft und stellen das Interesse der Beitragszahler in den Mittelpunkt. Diese erwarten eine hochwertige Versorgung zu bezahlbaren Konditionen. Die Selbstverwalter stehen für Solidarität und Gerechtigkeit, indem sie versuchen, dieser Erwartung bestmöglich nachzukommen.

Paradox scheint, dass die Koalitionsverträge aus den Jahren 2013 und 2018 der Regierungsparteien das Bekenntnis zur Selbstverwaltung enthalten, tatsächlich aber nachlassende Unterstützung durch die Politik, nachlassende Bedeutung der Mitbestimmung als demokratisches Prinzip, nachlassende Bereitschaft zur bürgerschaftlichem Engagement und nachlassendes Verständnis für die Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit zu beobachten sind. Tatsächlich ist die Politik



KOMMENTAR

Politik muss Wort halten



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

Wir brauchen eine wirkliche Reform zur Stärkung der Selbstverwaltung und kein Herumdoktern an Symptomen: Die Politik sollte Beschwerden von Versicherten zur Bearbeitung an die Selbstverwaltung reichen, denn dafür ist sie da. Es ist der falsche Weg, Aufgaben an sich zu ziehen und die Zuständigen einfach zu ignorieren. So erfüllen die Verwaltungsräte in den MDKs ihre satzungsmäßigen Pflichten, und der gemeinsame Bundesausschuss entscheidet auf Basis von Expertenwissen. Diese Aufgaben gehören zur Selbstverwaltung und nicht in die Politik. Ob die elektronische Gesundheitskarte durch die neuen Mehrheitsverhältnisse in der GEMATIK schneller kommt, ist eine spannende Frage.

Der vdek fordert daher ein Bekenntnis zur Systemfunktion der Selbstverwaltung, das sich auch im politischen Handeln widerspiegelt. Dazu würde es passen, die Attraktivität des Ehrenamtes mit Freistellungsregeln zu stärken. Das würde zur Professionalisierung im Ehrenamt beitragen und Anreize für mehr Beteiligung von Frauen und Berufstätigen setzen. Schließlich wäre es im Zeitalter der Digitalisierung angezeigt, wenn die nächsten Sozialwahlen als Online-Wahlen stattfinden könnten. Das wäre dann tatsächlich ein Beitrag zur Modernisierung der Selbstverwaltung, der heute schon technisch leicht umsetzbar ist.



dabei, die Selbstverwaltung schrittweise abzuschaffen. (siehe Seite 3)

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Verhandlung neuer Leistungen im gemeinsamen Bundesausschuss viel Zeit in Anspruch nimmt. Dies mag die Ungeduld der Politik zum Teil erklären, die von der Selbstverwaltung „Lieferr“ verlangt und sich selbst zum „Lieferr“ verdonnert hat. Dabei liegt oft der Teufel im Detail, wenn Fortschritt in das System Einzug halten soll. Denn oftmals ist das Neue nicht gut und das Gute nicht neu. Genau darum geht es, wenn der gemeinsame Bundesausschuss mit versammelten Experten über Anträge auf Neues berät. Oftmals ist es sinnvoll, an Bestehendem festzuhalten. Manchmal ist es risikobehaftet, Neues an den Start zu bringen. Prominente Beispiele hierfür sind der Contergan-Skandal oder aktuell der Umgang mit Brust-Implantaten. So stehen neue Behandlungsformen oftmals in Konkurrenz zu bewährten Therapien. Und die elektronische Gesundheitskarte hat die Belange des Datenschutzes zu beachten. Das erklärt auch, warum die Funktionalitäten der Karte nach den Vorgaben des Digitalen-Versorgungsgesetzes überschaubar bleiben.

»Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV dürfen nicht vom politischen Kalkül abhängen, sondern müssen weiterhin höchsten wissenschaftlichen Standards genügen.«

Uwe Klemens, vdek-Verbandsvorsitzender

Trotzdem hält auch die Sozialministerin die Eingriffe des Gesetzgebers zur Beschleunigung der Digitalisierung für den richtigen Weg. Aber ob die elektronische Gesundheitskarte mit dem BMG als neuen Mehrheitseigner der GEMATIK zum Kassenschlager wird, bleibt abzuwarten. Das Bundesgesundheitsministerium hat sich mit diesem Schritt

jedenfalls selbst in die Verantwortung genommen, die digitale Vernetzung des Gesundheitswesens zu erreichen. Ob das ein Schritt in die richtige Richtung ist, wird die Zukunft zeigen.

Petra Grimm-Benne betonte, dass der Föderalismus die Versorgung in den Regionen sichert. Sie stellte die Positionen des Landes – oder sogar übergreifend – der Bundesländer heraus, dass als Reaktion auf den Vorstoß des Bundesgesundheitsministers die Aufsichten über die Versorgung vollständig auf die einzelnen Bundesländer übergehen sollte. Sie



PETRA GRIMM-BENNE (SOZIALMINISTERIN SACHSEN-ANHALTS) setzt für die Selbstverwaltung klare Zeichen

erkennt die Sorge um ungleiche Wettbewerbspositionen der Krankenkassen bei unterschiedlichen Aufsichten und schlägt hierfür als Lösung eine weit engere Abstimmung zwischen den Aufsichten der Bundes- und Landesebene vor.

Die anschließende Podiumsdiskussion war – abgesehen von den Eingriffen des Gesetzgebers in die Entwicklung der Telematik – konsensgeprägt. Grimm-Benne und Klemens sind sich einig, dass es keine fachaufsichtsrechtlichen Eingriffe und Kompromisse bei wissenschaftlichen Standards geben darf, wie sie der G-BA bisher anwendet. Das betrifft auch die Bewertung von Implantaten. Die Sozialministerin begegnet



SOZIALMINISTERIN PETRA GRIMM-BENNE steht zusammen mit vdek-Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens (rechts) und Dr. Klaus Holst, Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

den angedachten Änderungen im Verwaltungsrat des MDK genauso mit Unverständnis wie die Ersatzkassen: Der Verwaltungsrat trifft keine Leistungsentscheidungen für die Versicherten, sondern beschließt im Wesentlichen über die Ausstattung und den Haushalt des MDK. Deshalb gehören die Geldgeber eines Vereins oder einer Körperschaft des

öffentlichen Rechts auch als Mitglieder in den Verwaltungsrat.

Selbstverwaltung steht für Dialog- und Konsensbereitschaft mit der Politik und Lösungen, die im Einklang mit Versicherten, Beitragszahlern und staatlichen Rahmenbedingungen stehen. Dieser Beitrag zur Solidarität und Demokratie muss

»Der Schlüssel zum politischen Erfolg: Wir müssen zusammenstehen.«

Petra Grimm-Benne

bewahrt und gestärkt werden, darin sind sich die Sozialministerin und der Verbandsvorsitzende einig. Dabei sollte an der Attraktivität der politischen Partizipation für den Einzelnen und des Engagements für die gemeinsame Selbstverwaltung



NAMHAFTE VERTRETER DER SELBSTVERWALTUNG IM SCHULTERSCHLUSS: die vdek-Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens und Dieter Schröder mit Hans-Jürgen Müller, Vorstandsvorsitzender des IKK e.V., (von rechts)

gearbeitet werden. So sinkt der private Aufwand, wenn berufstätige Selbstverwalter für ihren Einsatz vom Arbeitgeber freigestellt werden. Die Schaffung von Online-Wahlen wäre im Zeitalter der Digitalisierung angemessen und ein wichtiger Schritt hin zu mehr Wahlbeteiligung und Interesse an den Strukturen unseres Gesundheitswesens. ■

KOALITIONSVERTRÄGE

Ein Rückblick auf Koalitionsverträge der letzten drei Jahrzehnte zum Stichwort „Selbstverwaltung“ in den sozialen Sicherungssystemen der Bundesrepublik Deutschland. Dabei fällt auf:

1. So oft finden sich Aussagen zur Bewahrung oder Weiterentwicklung des Sozialstaatsprinzips „Selbstverwaltung“ nicht.
2. Man will verbessern und modernisieren (Theorie) und handelt zumindest in der 19. Legislatur, was aktuelle Gesetzesentwürfe beinhalten, gegenläufig!

12. Legislatur (CDU / CSU und FDP): „[...] Das Gesundheits-Reformgesetz ist zügig weiter umzusetzen. Das gilt insbesondere für die von der Selbstverwaltung zu erschließenden weiteren Einsparpotentiale, vor allem durch Festbeträge, Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Auch in diesem Zusammenhang sollen, wie bei der Beschlussfassung über das Gesundheits-Reformgesetz angekündigt, dessen Auswirkungen geprüft sowie notwendigen Anpassungen Rechnung getragen werden. [...]“

13. Legislatur (CDU / CSU und FDP); 14. Legislatur (SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN); 15. Legislatur (SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN): ohne Aussagen

16. Legislatur (CDU / CSU und SPD): „[...] Funktion und Organisation der Steuerung auf Verbandsebene und in der

gemeinsamen Selbstverwaltung sind neu zu ordnen, damit Entscheidungen schneller, transparenter und zuverlässiger ausfallen. Mit der Neuordnung der Organisation müssen die bestehenden Aufsichtsbefugnisse von Bund und Ländern angepasst werden. [...]“

17. Legislatur (CDU / CSU und FDP): ohne Aussagen

18. Legislatur (CDU / CSU und SPD): „Selbstverwaltung stärken“
„Die soziale Selbstverwaltung ist Ausdruck der Verantwortung, die die Sozialpartner in Deutschland für die Gestaltung der Sozialversicherung übernehmen. Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und die Sozialwahlen modernisieren. Dazu wollen wir künftig Online-Wahlen ermöglichen, um die Wahlbeteiligung zu erhöhen. Dort, wo es möglich und sinnvoll ist, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen, sollen die Auswahlmöglichkeiten durch mehr Direktwahlen verbessert werden. Durch geeignete Maßnahmen wollen wir erreichen, dass das repräsentative Verhältnis von Frauen und Männern in der Selbstverwaltung optimiert wird. Schließlich sollen die Arbeit der Selbstverwaltung transparenter gestaltet, die Möglichkeit der Weiterbildung verbessert und die Regelungen für die Freistellung präzisiert werden. [...]“

19. Legislatur (CDU / CSU und SPD): „[...] Wir wollen die Selbstverwaltung stärken und gemeinsam mit den Sozialpartnern die Sozialwahlen modernisieren. [...]“

Wirtschaftlichkeitsprüfung wird Papiertiger

Die (zahn-)ärztliche Versorgung in der GKV unterliegt seit je her den strengen Auflagen des Wirtschaftlichkeitsgebotes, wonach Leistungen im Interesse der Ausgabensteuerung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Zur Überwachung oben genannter Grundsätze stehen den Krankenkassen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Kontrollmechanismen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. §§ 106 ff. SGB V zur Verfügung.

Deren Effektivität wird seit Jahren von Krankenkassen und den Leistungserbringern unterschiedlich bewertet. Wenig hilfreich agiert – zumindest aus Sicht der Krankenkassen, nun auch noch der Gesetzgeber. Bereits vormalige Gesetzesinitiativen des Versorgungsstrukturgesetzes (2012) oder des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (2011) haben die Umfänglichkeit der Prüfprozesse in den vergangenen Jahren z. B.

- mit dem Wegfall der Richtgrößenprüfung,
- mit der Förderung von Beratungen vor Regressfestsetzungen und
- mit der Begrenzung der erstmaligen Regressfestsetzung auf 25.000,00 Euro deutlich eingeschränkt.

Mit dem Wegfall der bisherigen Zufälligkeitsprüfung, der Halbierung der Ausschlussfrist auf zwei Jahre oder dem Wegfall der Prüfung von Ärzten in unterversorgten bzw. drohend unterversorgten Gebieten, erfährt der einstmals umfänglich definierte Prüfauftrag durch die gesetzlichen Änderungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) erneut eine weitere Reduzierung.

Bei all diesen Änderungen, die das Prüfgeschäft erheblich einschränken, bleibt jedoch der Grundsatz der Vorstandshaftung



FOTO: sport – stock.adobe.com

gem. § 106 Abs. 4 SGB V für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen weiterhin bestehen, sofern Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in vorgesehenem Umfang durchgeführt werden.

Es drängt sich damit schon die grundsätzliche Frage nach der „Wirtschaftlichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ auf. Obwohl weiterhin in bisherigem Umfang regionale Prüfstellen und Beschwerdeausschüsse unterhalten werden müssen, gehen das „Prüfgeschäft“ und die sich daraus ggf. ergebenden Prüfmaßnahmen (Beratungen und Regresse) deutlich zurück. So schlagen allein in Sachsen-Anhalt jährliche Ausgaben für die ärztlichen und zahnärztlichen Prüfungsgremien von mehr als 1,5 Millionen Euro zu Buche, um bürokratisch formal eine Wirtschaftlichkeitsprüfung am Leben zu halten, die der Gesetzgeber scheinbar Stück für Stück als Papiertiger zusammenfaltet. ■

Gesundheitsmonitor als Deckmantel?



FOTO: Colours-Pic – stock.adobe.com

Eine Meinungsumfrage des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) bringt es ans Licht: Menschen in ländlich geprägten Gebieten bewerten ihre gesundheitliche Versorgung negativer als jene in städtischen Ballungsräumen.

Die bundesweite Verteilung bildet Länderstrukturen ab und alte wie neue Bundesländer sortieren sich auf einer Rangliste.

Dass die neuen Bundesländer eine stärkere ländliche Ausprägung besitzen ist so neu nicht. Von Interesse ist aber die Klassifizierung eines Versorgungsindex (Zufriedenheitsskala mit 100 als Maximalwert):

- in Kommunen mit bis zu 20.000 Einwohnern (Einw.) liegt der Indexwert bei 67;
- in Städten mit 20.000 bis 200.000 Einw. erreicht er 70;
- in Städten mit über 200.000 Einw. liegt er bei 72.

Deutschlandweit wird ein Versorgungsindex von 71 erreicht.

Das führt zur Erkenntnis: Je größer der Wohnort, desto höher die Zufriedenheit mit der Versorgung.

Um nun eine höhere Zufriedenheit auch in ländlichen Regionen zu erreichen, stellen die Auftraggeber dann allen Ernstes die „Apotheke vor Ort“ als ein „Allheilmittel“ in den Vordergrund. Ein interessensgeleiteter Lösungsansatz wird damit proklamiert und zieht den durchaus sinnvollen Versorgungsmonitor in das Kontraproduktive – schade!

ZULASSUNGSVERFAHREN

ARGE Heilmittel nimmt Arbeit auf

Die Zulassungsvoraussetzungen bleiben gleich, die Prüfung wird vereinheitlicht und damit das Zulassungsverfahren deutlich verkürzt.

Alles neu macht der September! Leistungserbringer von Heilmitteln werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab sofort nach einem vereinheitlichtem Verfahren geprüft und zugelassen.

Sinn und Zweck des Zulassungsverfahrens ist es, dass die Leistung qualifiziert erbracht wird. Denn die Voraussetzungen hierfür werden im Einzelnen im Zulassungsverfahren geprüft.

Diese Verfahren waren für den Leistungserbringer bisher aufwändig, da diese bei sämtlichen Kostenträgern ein gesondertes Zulassungsverfahren durchlaufen mussten. Nur so war es möglich, alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln und erbrachte Leistungen auch abzurechnen. Ab dem 1. September 2019 übernimmt nun eine von den Landesverbänden der



FOTO Bernd Leitner – stock.adobe.com

Krankenkassen und den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft (ARGE) die Durchführung des Zulassungsverfahrens. Die Grundlage hierfür wurde durch das sog. Terminservice- und

Versorgungsgesetz (TSVG) geschaffen. Damit verschlankt sich das Verfahren für den Leistungserbringer erheblich, hat er doch nur noch einmal Unterlagen einzureichen und nur ein Zulassungsverfahren zu durchlaufen, wenn er die Versicherten der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung behandeln will. Eine mehrfache Einreichung von Unterlagen und Nachweisen entfällt also ab dem 1. September 2019.

Die ARGE Heilmittel Sachsen-Anhalt mitsamt ihrer Geschäftsstelle ist unter der Anschrift der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt, Schleierufer 12, 39104 Magdeburg zu erreichen. Leistungserbringer, die sich telefonisch an die ARGE Heilmittel Sachsen-Anhalt wenden wollen, können dies unter den Rufnummern 0391 / 56516-24 bzw. 0391 / 56516-25. Per Email können sich Leistungserbringer unter der Email-Adresse: sachsen-anhalt@zulassung-heilmittel.de an die ARGE Heilmittel Sachsen-Anhalt wenden. Internet: www.zulassung-heilmittel.de ■

INTERVIEW

Heike Rohde, ARGE Heilmittel Sachsen-Anhalt

Für welche Leistungserbringer ist ab sofort die ARGE Heilmittel zuständig?

Die ARGE Heilmittel Sachsen-Anhalt trifft mit Wirkung für alle Krankenkassen ab 01.09.2019 die Entscheidungen über die Zulassungen der Heilmittelerbringer in Sachsen-Anhalt.

Die ARGE ist berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe Verwaltungsakte zu erlassen, zu ändern oder aufzuheben.

Kann man auch elektronisch die Unterlagen einreichen und was muss man dabei beachten?

Die Antragsunterlagen müssen vollständig ausgefüllt, mit allen Nachweisen und im Original unterschrieben bei der ARGE eingereicht werden. Elektronischer Versand ist derzeit nicht möglich.

Welche Gültigkeit besitzt die Zulassung und wie erfolgt eine Leistungsabrechnung?

Zulassungen, die die ARGE ab 01.09.2019 erstellt, haben Gültigkeit für alle gesetzlichen Krankenkassen. An der Leistungsabrechnung ändert sich dadurch nichts, diese erfolgt wie gehabt mit den Krankenkassen direkt.

Rückforderung von Umsatzsteuer: Den letzten beißen die Hunde

Steuer- und Arzneimittelrecht sind ein weites Feld. Wenn beide Sachgebiete aufeinander treffen, sind juristische Auseinandersetzungen fast unabwendbar.



FOTO: psdesign1 - stock.adobe.com

Im Fall der Rückforderung von Umsatzsteuerbeträgen, welche in der Vergangenheit bei Abrechnungen von patientenindividuellen Zubereitungen durch Krankenhausapotheken abgeführt wurden, verhandelt der vdek im Auftrag der Ersatzkassen nunmehr bundesweit seit über zwei Jahren, um entsprechende Ansprüche zurückzuerlangen.

Zwischen den Ersatzkassen und verschiedenen Krankenhausträgern in Sachsen-Anhalt bestehen mitunter seit mehr als zehn Jahren bereits Verträge nach § 129a SGB V, welche eine Versorgung der Ersatzkassenversicherten mit Arzneimittelzubereitungen durch die jeweiligen Krankenhausapotheken ermöglichen. Nach Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs (BFH – Az: V R 19 / 11) vom 24. September 2014 und des EuGH ist für die Verabreichung von Zytostatika und anderen patientenindividuell

hergestellten Zubereitungen im Rahmen einer ambulant in einem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung allerdings keine Umsatzsteuer zu zahlen. Dieser Grundsatz ist verpflichtend für Umsätze ab dem 1. April 2017 umzusetzen.

Rückforderungen sind rechtens

Nach Auffassung des vdek haben die Ersatzkassen ein Anrecht darauf, die Umsatzsteuerbeträge von den Krankenhäusern zurückzuerlangen, sofern diese eine Steuerkorrektur bei den zuständigen Finanzämtern beantragt und entsprechende Beträge an das Krankenhaus zurückgeflossen sind. Ansonsten könnte der fade Beigeschmack einer unrechtmäßigen Bereicherung entstehen.

Aufgrund der guten partnerschaftlichen Beziehungen war es dem

vdek in Sachsen-Anhalt bis dato möglich mit sieben von zehn (!) vertraglich gebundenen stationären Einrichtungen außergerichtliche Einigungen für eine pauschale Rückabwicklung der Umsatzsteuer zu erzielen. Dem vdek ist es dabei ein prioritäres Anliegen zu einem für beide Seiten akzeptablen Verhandlungsergebnis zu gelangen. Die Krankenhäuser sollen durch den Rückabwicklungsprozess in keiner Weise – z. B. durch den Wegfall des Vorsteuerabzuges – beschwert werden. Eine Wende in den noch offenen Verhandlungen bringt nun das aktuelle Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. April 2019 (BSG – Az: B 1 KR 5 / 19R), welches den Krankenkassen unmissverständlich einen Anspruch auf Rückzahlung der überzahlten Umsatzsteuer bestätigt.

Fazit

Das Bundessozialgericht hat die Rechtslage geklärt. Damit ist die Zeit für Verhandlungen und Einigungen auf dem Vergleichsweg abgelaufen. Nach dem BSG-Urteil fordern die Ersatzkassen von den verbleibenden drei Häusern in Sachsen-Anhalt die belastbar vollständigen Mehrwertsteuerbeträge zurück.

Vor diesem Hintergrund sollte einer Weiterführung der Gespräche u. a. mit den Universitätskliniken in Magdeburg und Halle nach Auffassung des vdek nichts mehr im Weg stehen. Hier stehen offene Umsatzsteuerrückforderungen von fast einer Million Euro für die Ersatzkassen zur Diskussion. Gelingt auch hier ein partnerschaftliches „Aufeinanderzugehen“? ■

AUSBILDUNG

Ausbildung für die Pflege künftig kostenlos – für die Azubis.

Ab 2020 startet in Deutschland die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen, d. h. im Krankenhaus und / oder im Pflegeheim.

Mit der generalistischen Ausbildung werden die Auszubildenden befähigt, die pflegerische Versorgung in Gänze sicherzustellen. Im letzten Drittel der Ausbildung besteht dann ein Wahlrecht hin zur Spezialisierung:

- Fortsetzung der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann oder Altenpflegerin / Altenpfleger oder
- Gesundheits- und Kinderkrankenschwester / Gesundheits- und Kinderkrankenschwester.

Dieser neue Berufsabschluss wird automatisch anerkannt und gilt somit auch in anderen Mitgliedsstaaten der EU.

Zur Umsetzung des Verfahrens wurde das „Pflegeberufereformgesetz“ initiiert und damit eine einheitliche Finanzierung für die beruflichen Ausbildungen in der Pflege geschaffen. Die Kosten der Pflegeausbildung werden durch Ausgleichsfonds finanziert. Diese Ausgleichsfonds werden auf der Landesebene organisiert und verwaltet. Die zuständige Stelle ist in Sachsen-Anhalt die Investitionsbank (Förderbank).

Einigung zu Ausbildungspauschalen

Die Pflegeschulen und die Träger der praktischen Ausbildung erhalten ein Ausbildungsbudget für einen zukünftigen Finanzierungszeitraum. Das Ausbildungsbudget soll die Kosten der Ausbildung bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und wirtschaftlicher Betriebsführung prospektiv decken. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann



FOTO Peter Maszkei – stock.adobe.com

nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Grundlage des Budgets sind die Ausbildungszahlen, die an die zuständige Stelle gemeldet werden, ebenso wie die Höhe der Mehrkosten der Auszubildenden. Die für den Finanzierungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen sind zu berücksichtigen. Das Ausbildungsbudget erfolgt grundsätzlich als Pauschalbudget.

Die berufliche Ausbildung umfasst einen betrieblichen und einen schulischen Teil. Mit einem Umfang von 2.100 Stunden findet der theoretische und praktische Unterricht an einer Pflegeschule statt. Deutlich umfangreicher ist die praktische betriebliche Ausbildung mit 2.500 Stunden. Das Krankenhaus, das Pflegeheim oder der ambulante Pflegedienst als Träger der praktischen Ausbildung schließt mit den Auszubildenden den Ausbildungsvertrag ab. Eine intensive Koordination ist zukünftig wichtiger als bisher, um den Auszubildenden während der Praxis alle Bereiche der Pflege zu vermitteln und einen erforderlichen Einsatz

in den anderen Einrichtungen der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten.

Neben einer angemessenen Auszubildendenvergütung erhalten die Auszubildenden Lehr- und Lernmittel kostenfrei und zahlen kein Schulgeld.

Welche Budgets pro Schüler und Jahr für die praktische und theoretische Ausbildung in den Pflegeschulen zur Verfügung stehen, war auf Landesebene zu verhandeln. Diese Verhandlungen sind jetzt abgeschlossen.

Danach erhalten die Ausbildungsstätten für das Jahr 2020 pro Auszubildenden bis zu 7.950 Euro für die praktische und 7.875 Euro für die schulische Ausbildung. Für 2021 erhöhen sich die Pauschalen jeweils um 100 Euro.

Jährlich 1200 Azubis erwartet

Für 2020 wird von 1200 Auszubildenden ausgegangen, für 2021 von dann insgesamt 2400 Schülerinnen und Schülern in zwei Ausbildungsjahren. Damit fließen mit Beginn der Ausbildung im Jahr 2020 bis zu 15 Millionen Euro in die Ausbildungsstätten. Mit einer Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in 2021 verdoppelt sich die Summe auf ca. 30 Millionen Euro.

Die Finanzierung der neuen Pflegeausbildung erfolgt über einen Fonds, in den Land, Pflegeversicherung, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nach einem gesetzlich vorgegebenen Umlageschlüssel einzahlen. Die Finanzierung trägt zu 57 Prozent die Krankenversicherung. Das Verfahren und die entsprechenden Quoten sind im Pflegeberufegesetz festgelegt. Die Investitionsbank übernimmt als zuständige Stelle die Bescheiderstellung. ■

BÜCHER

Gesundheit im Wandel

Die Gesundheitssysteme anderer Länder machen vor, woran es in Deutschland noch fehlt: Zu wenig ist in den vergangenen Jahren passiert, dabei ist der Übergang zu einer integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung dringend nötig. Gelingt der Wandel, dann ist in Zukunft auch eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und gleichzeitig bezahlbare Versorgung möglich. In „Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems“ zeigen namhafte Autoren auf, wie es weitergehen sollte.



A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthe (Hrsg.)
 Kooperation und Integration – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems
 1. Auflage 2017, 624 Seiten
 69,99 €, Springer VS, Wiesbaden

Mittendrin statt nur dabei

Unsere Gesellschaft steht vor einer großen Herausforderung. Angesichts einer wachsenden Anzahl älterer Menschen und des steigenden Durchschnittsalters erhöht sich auch die Zahl der Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Die Aufgabe der Zukunft ist, sie nicht auszuschließen, sondern vielmehr an allem zu beteiligen, was sie betrifft. Das Buch „Beteiligtsein von Menschen mit Demenz – Praxisbeispiele und Impulse“ stellt Unterstützungsformen vor und zeigt z. B. wie es gelingen kann, dass sich Betroffene auf Augenhöhe mit Profis und Angehörigen auseinandersetzen.



Demenz Support Stuttgart
 Beteiligtsein von Menschen mit Demenz – Praxisbeispiele und Impulse
 1. Auflage 2017, 154 Seiten
 16,95 €, Mabuse-Verlag, Frankfurt

KURZ UND BÜNDIG

Bundesweite Hebammensuche online

Die Suche nach einer Hebamme ist nun online über den GKV-Spitzenverband möglich. Die Hebammenliste ermöglicht eine unkomplizierte Suche nach einer freiberuflich tätigen Hebamme etwa für die Schwangerenvorsorge.

Alle verzeichneten Hebammen dürfen Leistungen zulasten jeder gesetzlichen Krankenkasse erbringen.

Informationsportal Prävention

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat eine Homepage bekommen. Unter der Adresse gkv-buendnis.de finden Fachkräfte aus Kitas, Schulen oder kommunalen Lebenswelten konkrete Praxishilfen und Informationen rund um das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen für gesunde Lebenswelten.



SCREENSHOT GKV-Bündnis

Abrechnungsbetrug

Die Ersatzkassen haben ihren Arbeitsbericht zu Fällen von Abrechnungsbetrug in 2018 vorgelegt. Danach wurden gemeinsam 43 Verdachtsfälle untersucht, wobei sich in 16 Fällen der Verdacht bisher bestätigte. Am häufigsten wurden Verfehlungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel entdeckt, gefolgt von Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen.

INTERNET

Auszeichnung für vdek-Pflegelotse



SCREENSHOT vdek

Rund 1,2 Millionen Besucher pro Monat klicken sich im Internet auf den vdek-Pflegelotse, das Webangebot des vdek zur Suche von Pflegeeinrichtungen. Nun ist die Website zum dritten Mal mit dem Preis „Deutschland Beste Online-Portale“ ausgezeichnet worden, den der Fernsehsender n-tv und das Deutsche Institut für Service-Qualität verleihen. Der vdek-Pflegelotse enthält bundesweit rund 25.000 Einträge zu stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und häuslichen Betreuungsdiensten. Allein in Sachsen-Anhalt gibt es rund 453 stationäre, rund 464 teilstationäre Pflegeeinrichtungen sowie 652 ambulante Pflegedienste. Der vdek-Pflegelotse ist abrufbar unter: www.pflegelotse.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e. V.
 Schleiufer 12, 39104 Magdeburg
www.vdek.com
 Telefon 03 91 / 5 65 16-0
 E-Mail LV-Sachsen-Anhalt@vdek.com
 Redaktion Dr. Volker Schmeichel
 Verantwortlich Dr. Klaus Holst
 Druck Kern GmbH, Bexbach
 Konzept ressourcenmangel GmbH
 Grafik Schön und Middelhaufe GbR
 ISSN-Nummer 2193-2174