

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ÜBERRASCHENDE ERGEBNISSE durch Bedarfsplanungs-Richtlinie | ERSATZKASSEN FORDERN gesicherte qualifizierte medizinische Versorgung in Thüringer Krankenhäusern | VERSORGUNG Schwerstkranker gesichert

## THÜRINGEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . MÄRZ 2013

VDEK

### Reserve für konjunktuelle Schwankungen gebraucht

Noch ist die finanzielle Situation positiv! Ende 2012 hat die GKV Schätzungen zufolge Überschüsse von etwa 26,7 Mrd. Euro. 3,2 Mrd. Euro davon müssen als Mindestreserve abgezogen werden. Die Rücklagen bei allen Krankenkassen betragen etwa 14 Mrd. Euro, bei den Ersatzkassen liegen sie bei 5,9 Mrd. Euro. Das entspricht einer Monatsausgabe. Doch die finanzielle Situation wird sich ändern! So hat die Bundesregierung den Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen (z. B. Mutterschaftsgeld) für 2013 und 2014 bereits um 4,5 Mrd. Euro gekürzt. Durch die Abschaffung der Praxisgebühr wird die GKV zudem weitere zwei Mrd. Euro dauerhaft kompensieren müssen. Unklare Ausgabenrisiken, wie Überlegungen der Europäischen Union, Mehrwertsteuerbefreiungen aufzuheben sowie rechtliche Unwägbarkeiten bei der Weiterführung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln, kommen hinzu. Ebenso ist eine dynamische Mengenentwicklung im Krankenhausbereich – insbesondere Psychiatrie – zu verzeichnen und auch die neu zu etablierende spezialfachärztliche Versorgung wirft Finanzierungsfragen auf. Fakten, die Reserven dringend erfordern.

VDEK

## Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

**Hauptziel der neuen Bedarfsplanung ist die wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung. Wunder bewirken kann sie jedoch nicht. Aber insbesondere in der hausärztlichen Versorgung sind überraschende Ergebnisse zu erwarten.**

**M**it dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden wesentliche Änderungen bei den gesetzlichen Vorschriften für die vertragsärztliche Bedarfsplanung vorgenommen. Auf Grundlage dieser Änderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 20.12.2012 die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen. Die neue Richtlinie ist durch die Veröffentlichung am 31.12.2012 im Bundesanzeiger zum 1.1.2013 in Kraft getreten. Mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie wird der G-BA der gesetzlich vorgesehenen Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung gerecht. Die Vergabe von Arzt- und Psychotherapeutenstellen soll nicht mehr starren Vorgaben folgen, sondern sich zu einem flexiblen, lernenden System entwickeln.

### Neustrukturierung der Versorgungsebenen

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der G-BA eine Neustrukturierung der einzelnen Versorgungsebenen

vorgenommen. So wird zukünftig statt der Einteilung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung eine Unterteilung in vier Versorgungsebenen erfolgen. Mit der Festlegung der vier Versorgungsebenen geht gleichzeitig eine Differenzierung der Planungsbereiche einher. Bislang galt: ob Haus- oder Facharzt, die Planungsregion war immer dieselbe, nämlich Landkreis oder kreisfreie Stadt. Die Kreise waren bislang die unterste Ebene der Bedarfsplanung. Nunmehr werden den vier Versorgungsebenen unterschiedliche Raumordnungstypen zugeordnet.

Für die hausärztliche Versorgung erfolgt zukünftig eine kleinteiligere Betrachtung auf Grundlage der Mittelbereiche. Als Mittelbereich wird die Zusammenfassung von mehreren Gemeinden bzw. Verwaltungsgemeinschaften unterhalb der Landkreisebene verstanden. Dies bedeutet, dass die Hausärzte statt in den bisherigen 20 Regionen nunmehr in 34 Gebieten beplant werden. Mit den kleineren Planungsbereichen wird letztendlich der schlechteren Versorgung mit Ärzten in ländlichen



## KOMMENTAR

### Halb voll – halb leer

FOTO: vdek



von  
DR. ARNIM FINDEKLEE  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Thüringen

Ist das Glas halbleer oder halb-voll? Dieselbe Menge kann zu unterschiedlichen Bewertungen führen. Ein wenig erinnern die ersten Berechnungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Thüringen auf der Basis der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie an dieses Bild. Ohne dass sich die Zahl der Hausärzte schlagartig erhöht hätte, halbiert sich die Zahl der unbesetzten Arztsitze in Thüringen. Ist das gut oder schlecht? Wahrscheinlich wird die Anwendung der neuen Grundsätze zur Bedarfsplanung zu einer realistischeren Blickweise führen. Es macht keinen Sinn, für einzelne Landkreise mehr als 20 freie Arztsitze auszuweisen, die auf absehbare Zeit sowieso nicht besetzt werden können. Jeder niederlassungswillige Arzt würde diese Region wahrscheinlich meiden. Das wäre kontraproduktiv! Vielmehr muss es gemeinsame Aufgabe sein, das Image des Landarztes zu verbessern, um so die Position Thüringens im Wettstreit um junge Ärzte zu stärken. Zunehmende Kleinteiligkeiten bei der Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung führen zu sachgerechteren Ergebnissen und ermöglichen eine bedarfsangemessenere Steuerung. Das ist ein Baustein bei der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels, auch wenn sich die Probleme selbstverständlich nicht durch die Neudefinition von Bedarfsgrößen lösen lassen.



Regionen Rechnung getragen, um zukünftig eine flächendeckende Versorgung eher gewährleisten zu können.

Die Beplanung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird weiterhin auf Grundlage der bisherigen Planungsgebiete durchgeführt. Die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (z. B. Internisten, Radiologen usw.) werden in den vier Regionen Nordthüringen, Mittelthüringen, Ostthüringen und Südthüringen zukünftig beplant.

Für Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung (insbesondere Strahlentherapeuten, Nuklearmediziner, Laborärzte, Pathologen) wird der Freistaat Thüringen als Planungsregion herangezogen.

**»Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie soll dem Grundsatz einer wohnortnahen ambulanten Versorgung gerecht werden. Es ist jetzt Aufgabe aller Beteiligten, die regionalen Auswirkungen der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie für Thüringen zu analysieren und zu bewerten. Die Umsetzung wird sich als ein lernendes System verstehen.«**

Neben der Neustrukturierung der Planungsregionen und der erstmaligen Beplanung der Kinder- und Jugendpsychiater sowie der Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden zukünftig alle Ermächtigungen in die Bedarfsplanung einbezogen. Vertragsärzte, die zukünftig an der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V teilnehmen, sind bei den Berechnungen des Versorgungsgrades anteilmäßig herauszurechnen, da diese für die vertragsärztliche Tätigkeit nicht vollumfänglich zur Verfügung stehen. Damit wird durch den G-BA die gesetzliche Verpflichtung aus § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a und 2b SGB V umgesetzt.

	alte Richtlinie	neue Richtlinie
Augenärzte	16	9
Frauenärzte	0	3
HNO-Ärzte	3	3
Hautärzte	4	3
Nervenärzte	1	6
Orthopäden	0	5
Urologen	0	2
ärztliche Psychotherapeuten	37	75
Kinder-, Jugendpsychotherapeuten	6	33
psych. Psychotherapeuten	0	40
	<b>67</b>	<b>179</b>

TABELLE mit Niederlassungsmöglichkeiten

### Neue Verhältniszahlen und neuer Demografie-Faktor

Abweichend von der bisherigen Systematik wird im hausärztlichen Versorgungsbereich zukünftig keine Unterteilung in verschiedene Kreistypen stattfinden. Durch die kleinteiligere Betrachtung der hausärztlichen Versorgung wird möglichen Mitversorgungseffekten bereits Rechnung getragen, denn tatsächliche Mitversorgereffekte spielen im hausärztlichen Bereich auf Kreis- bzw. Mittelbereichsebene nur eine untergeordnete Rolle. Daher wurde durch den G-BA die bundeseinheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner festgelegt.

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung wird grundsätzlich an den bisherigen Verhältniszahlen festgehalten. Lediglich die bislang vorgenommene Unterteilung in neun Kreistypen wurde überarbeitet. Demnach werden die Landkreise bzw. kreisfreien Städte nach dem Grad der Mitversorgung in einen der neuen fünf Kreistypen unterschieden. Dabei wird Großstädten eine größere Arztdichte zugebilligt, als deren direktem Umland.

Um der Alterung der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde der Demografie-Faktor auch in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie in einer abgeänderten Form fortgeführt. Demnach ist die Anwendbarkeit des Demografie-Faktors nicht mehr an die durchschnittliche

Behandlungsfallzahl im Planungsbereich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt gekoppelt. Bei der Bemessung des Leistungsbedarfs wird nunmehr der Leistungsbedarf der 65-Jährigen und Älteren mit dem der unter 65-Jährigen verglichen. Bis Ende 2012 wurde der Demografie-Faktor noch bei 60 Jahren getrennt bemessen. Damit wird der zusätzlich erforderliche Bedarf an Ärzten aufgrund der Alterung der Bevölkerung widergespiegelt.

**Auswirkungen für Thüringen – Anzahl offener Hausarztstühle mehr als halbiert**

Mit der Einführung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahl für die Hausärzte sowie der Neustrukturierung des Demografie-Faktors und der Planungsbereiche ergeben sich Veränderungen bei den Niederlassungsmöglichkeiten der Ärzte. Waren bislang 217 Hausarztstellen (Stand 22.1.2013) unbesetzt, stehen bei Umsetzung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Thüringen nach den vorläufigen Berechnungen der vdek-Landesvertretung Thüringen noch 77 Niederlassungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Mittelbereichen zur Verfügung. Dies bedeutet, dass sich die

Anzahl der bislang offenen Hausarztstellen mehr als halbiert hat!

Die bislang ausgewiesenen offenen Hausarztstellen nach der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie stellen nicht unbedingt nur Entwicklungsmöglichkeiten für neu niederlassungswillige Hausärzte dar. Vielmehr führt ein zu hoch ausgewiesener Bedarf gleichzeitig zu einer kritischen Auseinandersetzung mit einer Region. So stellt sich für viele Ärzte die Frage, warum sich bislang keine anderen Hausärzte in bestimmten Regionen niedergelassen haben. Interessenten für eine hausärztliche Praxis führen schließlich bei ihrer eigenen Marktanalyse eine „individuelle Bedarfsplanung“ nach eigenen Kriterien durch. Wenn sich in bestimmten Regionen bisher keine Hausärzte niedergelassen haben, liegt die Vermutung nahe, dass dies auch an der mangelnden Attraktivität der jeweiligen Standorte und an fehlenden bzw. nicht hinreichenden Zukunftsperspektiven liegt.

Durch die erstmals einheitlich anzuwendenden Verhältniszahlen wird der tatsächliche regionale Bedarf an Hausärzten relativiert und ein objektiver Vergleich der Regionen ermöglicht. Wurden bislang z. B. für den Planungsbereich Erfurt 21 oder für Suhl/Schmalkalden-Meiningen

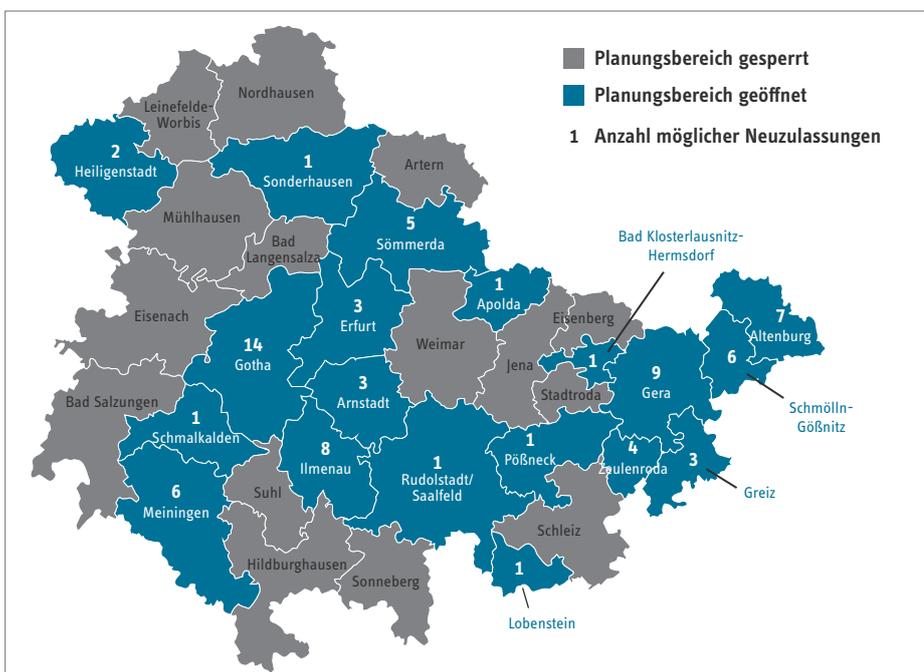
23 Hausärzte gesucht, so wären dies nach den neuen Kriterien der Bedarfsplanung für Erfurt lediglich noch 3 bzw. für Suhl/Schmalkalden-Meiningen nur noch 2 Hausärzte. Gleichzeitig verdeutlicht die Neuberechnung aber auch, dass in anderen Regionen weiterhin ein deutlicher Bedarf an Hausärzten besteht. So würden nach derzeitigen Berechnungen von den 22 bzw. 17 offenen Hausarztsitzen in den Landkreisen Gotha und Greiz weiterhin 16 offene Hausarztsitze für Gotha und 11 Sitze für Greiz ausgewiesen. Da in einzelnen Regionen aber noch eine Neustrukturierung der Planungsbereiche auf Grundlage der Mittelzentren erfolgt, werden damit jedoch unter Umständen noch einige weitere Änderungen einhergehen.

Nach derzeitigen Berechnungen würden ab Inkrafttreten des neuen Bedarfsplanes von den 34 Mittelzentren 16 Bereiche für Neuzulassungen gesperrt werden. In den anderen 18 Mittelzentren könnten sich – wie bereits oben dargelegt – 77 neue Hausärzte niederlassen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich ergeben sich in Abhängigkeit des Umfangs der Anrechnung von ermächtigten Ärzten verschiedene Niederlassungsmöglichkeiten. So können sich neben Augen-, HNO- und Hautärzten zukünftig auch neue Frauen-, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen niederlassen. Aber vor allem die psychotherapeutische Versorgung in Thüringen profitiert deutlich von der geänderten Bedarfsplanungs-Richtlinie. So können sich 40 psychologische Psychotherapeuten, 27 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie 38 ärztliche Psychotherapeuten neu niederlassen.

Mit den neuen Niederlassungsmöglichkeiten verbindet sich die Hoffnung, die teilweise langen Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten, vor allem in der psychotherapeutischen Behandlung, abzubauen. Gleichzeitig ist den Ersatzkassen in Thüringen bewusst, dass mit der Umsetzung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie die bestehenden Nachwuchsprobleme in einzelnen Facharztbereichen nicht behoben werden können. ■

**NIEDERLASSUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR HAUSÄRZTE IN DEN MITTELBEREICHEN**



GRAFIK VÖBK

# Neues Thüringer Krankenhausgesetz – Qualitätssicherung im Krankenhaus

In den Medien wird immer wieder von Behandlungsfehlern, zu wenig Personal in den Krankenhäusern oder anderen Schwierigkeiten bei der medizinischen Behandlung berichtet. Behandlungsfehler können bei einer medizinischen Behandlung dramatische Auswirkungen haben und sogar zum Tod führen.

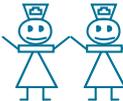
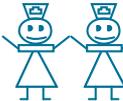
**E**twa 80 Prozent der Behandlungsfehler sind Folge mehrerer Missstände, wie z. B schlechte Organisation, Mängel in der Ausbildung, Stress, Kommunikationsprobleme oder zu geringer Personaldecke. Deshalb ist eine Qualitätssicherung unabdingbar. Umso höher die Qualität der Leistung und die Mechanismen der Qualitätssicherung, umso weniger Behandlungsfehler passieren. Darauf hat der vdek schon immer Wert bei der Qualitätssicherung gelegt. Der Umstieg von der quantitativen zur qualitativen Krankenhausplanung war bereits 2004 Kernaussage des 5. Thüringer Krankenhausplanes.

Deshalb wurde bereits in diesem Krankenhausplan aufgenommen, für spezielle Leistungsangebote der Krankenhäuser Kriterien und Strukturqualität als Mindeststandards festzulegen, deren Gewährleistung als Voraussetzung für die Erfüllung des Versorgungsauftrages angesehen wird. Der Versorgungsauftrag für entsprechende Leistungen hängt damit von der Erfüllung der entsprechenden geforderten Mindeststandards ab. Bei Nichterfüllung muss der Versorgungsauftrag für diese Leistungen durch das Land zurückgenommen werden. Eine Umsetzung dieser Regelungen ist aber erst nach Anpassung des Thüringer Krankenhausgesetzes möglich. Die Novellierung soll bis Mitte 2013 erfolgen.

## Mindestvoraussetzungen

Unter dem Aspekt einer schnellstmöglichen Umsetzung des Thüringer Krankenhausgesetzes wurden in den Begleitgruppen des Krankenhausplanungsausschusses für

QUALITÄTSKRITERIEN THÜRINGEN – MINDESTPERSONAL PRO FACHABTEILUNG

Ärzte/Fachärzte	Krankenschwester/ Krankenpfleger	weiteres medizinisches Personal
		
		
		
mind. 5,5	mindestens 11	abteilungsabhängig

GRAFIK: vdek

die Bereiche Thoraxchirurgie, Kardiologie, und geriatrische Versorgung die notwendigen Mindestvoraussetzungen für eine Leistungserbringung beraten und abschließend festgelegt.

Folgende Inhalte wurden als Mindestvoraussetzungen beraten:

(Geriatric; Anlage zum Krankenhausplan)

- Beschreibung des Versorgungsbedarfs
- Leistungsbeschreibung (fachspezifisches Leistungsspektrum)
- Personalausstattung (ärztliches Personal: Leitung, Stellvertretung und Qualifikationen)
- Apparative Ausstattung
- Infrastrukturelle Anforderungen (z. B. Größe, räumliche Ausstattung)
- Qualitätsmanagement

## Personenanhaltzahlen müssen stimmen

Bei der Personalausstattung werden Personalanhaltzahlen festgelegt. Hierbei wird

zwischen ärztlichem Personal, Pflegepersonal und sonstigem Personal (z. B. Physiotherapeuten, Masseure) unterschieden (s. Grafik).

**»Drei Ärzte reichen nicht. Es sollten schon fünf sein.«**

Dr. Thomas Hartung,  
SPD-Landtagsfraktion Thüringen

In Bezug auf das Qualitätsmanagement werden das interne und das externe Qualitätsmanagement berücksichtigt.

Im 6. Thüringer Krankenhausplan wird darauf verwiesen, dass die Zielsetzung, für bestimmte Leistungsangebote der Krankenhäuser Mindestvorgaben zur Strukturqualität verbindlich über den Krankenhausplan zu regeln, noch nicht umgesetzt werden kann. Die notwendige Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes ist noch nicht erfolgt. ■

MELDUNG

## Qualitätssicherung im Thüringer Krankenhausgesetz

**Z**ur Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit einen Entwurf erarbeitet.

Um die Qualitätssicherung im Thüringer Krankenhausgesetz umzusetzen, haben die Ersatzkassen gemeinsam mit den anderen Krankenkassenverbänden in ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Ministeriums Änderungsbedarf geltend gemacht. Danach ist es erforderlich, dass das Ministerium Mindestvorgaben und weitere Qualitätsvorgaben als Planungskriterien für eine qualitätsgerechte Erfüllung bestimmter Versorgungsaufgaben festlegt (§ 4 ThürKHG). Bei Nichterfüllung dieser Mindestvorgaben hat das Ministerium den Versorgungsauftrag zurückzunehmen. Einen Ermessensspielraum bei Nichterfüllung der Mindeststandards kann es für das Ministerium nicht geben. Weiterhin ist durch das Vertragsarztänderungsgesetz der Einsatz von Honorarärzten, so genannten „Wanderdoktoren“ ermöglicht worden. Da diese Art der Leistungserbringung ohne längerfristige Eingliederung des Arztes in den Krankenhausbetrieb eine Qualitätsminderung befürchten lässt, ist eine halbjährliche Information an die Vertragsparteien notwendig. Durch die Ergänzung des Thüringer Krankenhausgesetzes hinsichtlich der Umsetzung der Hygienemaßnahmen (Infektionsschutzgesetz) ist ein weiterer Schritt hin zur Vermeidung von im Krankenhaus erworbenen Erkrankungen (Stichwort: Krankenhauskeime, MRSA) getan.

Die Diskussionen um Missstände und Probleme beim Vergabeverfahren für Organe für Transplantation verdeutlicht ebenfalls noch Handlungsbedarf. Hier hat sich gezeigt, dass leistungsbezogene Vergütungsentgelte für die Chefärzte – Prämien bei Erreichung bestimmter Fallzahl – dazu führen können, dass nicht immer die am Gesundheitszustand des Patienten orientierte Transplantation (Warteliste) durchgeführt wird, sondern die finanziellen Interessen des Einzelnen oder des Krankenhauses im Vordergrund stehen.

Dies lässt sich auch auf andere Bereiche der Krankenhausbehandlung, in welchen Chefärzte leistungsbezogene Entgelte/Prämien erhalten, übertragen. Auch dort besteht die Möglichkeit, dass nicht die bestgeeignete Behandlung im Vordergrund steht, sondern die Behandlung, welche die höchsten Vergütungsmargen bietet.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes, mit welcher die bereits in Angriff genommene Umsetzung einer besseren Qualitätssicherung berücksichtigt und geregelt wird, die Qualität der Behandlung in den Thüringer Krankenhäusern erhöhen wird.

KURZ GEFASST

## Die Thüringer Krankenhauspreise (Landesbasisfallwert) 2013

Die Krankenkassen haben mit der Landeskrankengesellschaft Thüringen einen gemeinsamen Landesbasisfallwert für 2013 vereinbart. Nachdem im Herbst 2012 der Landesbasisfallwert 2012 zusätzlich um die Tarifraten in Höhe von 0,51 Prozent erhöht wurde, erhalten die Thüringer Krankenhäuser eine weitere Erhöhung.

Der Landesbasisfallwert 2013 beträgt 2.999,85 Euro (mit Ausgleichen) und 3.013,75 Euro (ohne Ausgleiche).

Durch die Erhöhung des Landesbasisfallwerts haben die Thüringer Krankenhäuser in 2013 ca. 2,56 Prozent mehr Geld zur Verfügung. Dies entspricht ca. 47 Millionen Euro.

Im Zusammenhang mit der Zielstellung des Gesetzgebers, die Preisunterschiede zwischen den deutschen Bundesländern zu reduzieren, erhalten die Thüringer Krankenhäuser in 2013 zusätzliche Gelder (ca. 10 Millionen Euro) durch die Anpassung an den Bundesbasisfallwertkorridor. Dieser Betrag ist im Landesbasisfallwert 2013 eingerechnet.

Diese einheitliche Vergütungsstruktur gilt grundsätzlich für alle Thüringer Krankenhäuser ab dem 1.1.2013. Damit erhält jedes Thüringer Krankenhaus für die gleiche Leistung (zum Beispiel eine Blinddarm-OP) das gleiche Geld.

Jahr	Abgerechnete Landesbasisfallwert	Abweichung in Euro	Abweichung in Prozent
2006	2.722,50 Euro		
2007	2.731,00 Euro	+ 8,50 Euro	+ 0,31 %
2008	2.751,00 Euro	+ 20,00 Euro	+ 0,73 %
2009	2.831,14 Euro	+ 80,14 Euro	+ 2,91 %
2010	2.834,23 Euro	+ 3,09 Euro	+ 0,11 %
2011	2.868,44 Euro	+ 34,21 Euro	+ 1,21 %
2012 a	2.910,00 Euro	+ 41,56 Euro	+ 1,45 %
2012 b	2.924,87 Euro	+ 14,87 Euro	+ 0,51 %
2013	2.999,85 Euro	+ 74,98 Euro	+ 2,56 %

# Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Mit dem Ziel einer Verbesserung der ambulanten Versorgung von Palliativpatienten definierte der Gesetzgeber die spezialisierte ambulante Palliativversorgung als Leistung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

**A**nspruchsberechtigt sind Schwerstkranke mit geringer Lebenserwartung, die einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen. Nach Expertenschätzungen haben etwa zehn Prozent aller Sterbenden einen solchen Versorgungsbedarf. Meistens sind es Menschen mit einer bösartigen Tumorerkrankung. Sie sollen auch in ihrer letzten Lebensphase in der vertrauten häuslichen Umgebung versorgt werden. Zur häuslichen Umgebung gehört die Wohnung ebenso wie das Pflegebett in einer Pflegeeinrichtung oder in einem stationären Hospiz. Es ist zwar nicht immer medizinisch geboten, eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Umgekehrt ist diese besondere Leistung nicht immer notwendig, um in der Sterbephase den Verbleib daheim zu ermöglichen. Wer dieses Angebot aber nutzen kann und möchte, kann in weiten Teilen Thüringens auf qualifizierte Palliativ-Care-Teams zugehen. Als Orientierungsgröße geht der Gesetzgeber davon aus, dass ein SAPV-Team den Versorgungsbedarf von etwa 250.000 Einwohnern abdecken kann. Für Thüringen sind also neun Palliativteams zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig. Aktuell haben die Krankenkassen mit sieben dieser Spezialteams Verträge geschlossen.

Versorgung in der Häuslichkeit heißt, dass ein Arzt des Spezialteams zu Beginn einen Hausbesuch durchführt. Im Rahmen eines Erst-Assessments analysiert er den Versorgungsbedarf und erstellt auf dieser Basis den Behandlungsplan mit der Zielstellung, Leiden zu lindern. Die Umsetzung der palliativärztlichen Anordnungen sowie die Einleitung der notwendigen palliativpflegerischen Maßnahmen werden durch die im SAPV-Team tätigen Pflegefachkräfte gewährleistet.

## SAPV schafft optimale Verzahnung

In Thüringen wurde der erste Vertrag zum 1.4.2010 abgeschlossen. Seit dieser Zeit haben mehr als 1.600 Versicherte dieses Leistungsangebot in Anspruch genommen. Die vorliegenden Statistiken belegen, dass mehr als 75 Prozent von ihnen auch tatsächlich bis zuletzt in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten. Eine Krankenhauseinweisung war aufgrund der SAPV-Leistungen nicht notwendig. Allerdings sind in der Thüringer

Versorgungslandschaft immer noch weiße Flecken erkennbar. Trotz intensiver Bemühungen der Krankenkassen konnten in den offenen Regionen noch keine qualifizierten Leistungsanbieter unter Vertrag genommen werden. Es fehlt an geeigneten Konzepten. Die Probleme sind fehlende Strukturen bei immer noch bestehendem Nachholbedarf an Palliativweiterbildung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Selbstverständlich versorgen niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Pflegefachkräfte auch dort Schwerstkranke und Sterbende zu Hause. Das besondere know-how eines SAPV-Teams trägt aber dazu bei, alle an der Versorgung beteiligten Professionen besser zu vernetzen. Die medizinische und pflegerische Betreuung wird optimal miteinander verzahnt, Informationsverluste an Schnittstellen vermieden und die in der Basisversorgung tätigen niedergelassenen Ärzte entlastet. Die SAPV versteht sich in diesem Sinne insbesondere auch als Unterstützung des Hausarztes.

Die Ersatzkassen treten mit dem Anspruch an, eine gute Versorgung dort anzubieten, wo sie seitens der Versicherten eingefordert wird. Wir sind deshalb sehr daran interessiert, die Lücken auf der Thüringer Landkarte zu schließen. Verträge werden in Thüringen von allen Krankenkassen gemeinsam geschlossen, die SAPV ist kein Wettbewerbsfeld. Der gemeinsame Mustervertrag ist unter [www.vdek.com/LVen/THG](http://www.vdek.com/LVen/THG) in der Rubrik Service zum Download eingestellt. ■



## ARTIKEL

# Das Präventionsgesetz – Kommt es oder kommt es (wieder) nicht?

Noch Ende 2012 wurden die Weichen für ein Gesetz zur Stärkung der Prävention gestellt. Die Berliner Koalition einigte sich auf Eckpunkte für eine Präventionsstrategie. Im Januar 2013 folgte der Referentenentwurf des Gesetzes.

**Z**iel des Gesetzes ist es, mit einer zielgerichteten Ausgestaltung der Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels, der Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt erfordern effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention.

Insgesamt sollen die Krankenkassen je Versicherten hierfür sechs Euro (Richtwert) zur Verfügung stellen. Davon sind mindestens zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens ein Euro für nicht-betriebliche Settings vorgesehen. Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollen ebenfalls gefördert werden. Dafür werden allein 2014 etwa 35 Millionen Euro zu Buche stehen. Eine Aufgabe, die aber grundsätzlich nicht aus Beitragsmitteln der GKV zu finanzieren ist. Die Finanzierung bevölkerungsbezogener Informationsmaterialien und Aufklärungskampagnen hat aus Steuermitteln zu erfolgen.

Selbstverständlich sind die Ersatzkassen bereit, ihr Engagement weiter qualitätsgesichert auszubauen. Eine Ausgabensteigerung sollte jedoch nur mit Augenmaß und unter Berücksichtigung langsam wachsender Strukturen vollzogen werden. Bereits für 2013 wurde der Richtwert entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen auf 3,01 Euro je Versicherten angepasst. Wenn jetzt über eine Verdoppelung der GKV-Mittel nachgedacht wird, ist es nur legitim, die Frage nach der Verpflichtung anderer relevanter Akteure in der Prävention zu stellen. Die Ersatzkassen fordern deshalb eine stärkere Beteiligung der privaten Krankenversicherung und aller an der Prävention beteiligten Einrichtungen wie Kommunen, Bund, Länder und andere Sozialversicherungsträger. Trotz der gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung finanziert die GKV schon heute den Bereich der Prävention mit 50 Prozent.

Der im Referentenentwurf aufgezeigte Weg der Orientierung an nationalen Gesundheitszielen kann dabei in einem föderalen



PHOTO: Monkey Business - Fotolia.com

System durchaus helfen, Gesundheitspolitik und Prävention auszurichten und zu fokussieren. Doch sollte berücksichtigt werden, dass die GKV bereits heute über konsentrierte Präventionsziele verfügt. Diese basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen, sind messbar und werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Der „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes ist ein seit vielen Jahren anerkanntes und bewährtes Instrument zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Darin sind verbindliche und dezidierte Vorgaben zu den Inhalten und Voraussetzungen sowie klare Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität von Präventionsmaßnahmen festgelegt. Die GKV ist damit auf einem guten Weg. Bislang fehlt ein Gesamtkonzept für die Prävention und die Konkretisierung der Aufgaben für die jeweiligen Akteure. Darüber hinaus scheint es ebenso an der Zeit, sich der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gemeinsam zu stellen. Insgesamt bleibt aber abzuwarten, ob das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht wird – falls nicht, wird ein neuer Anlauf erforderlich.

Anmerkung der Redaktion: Aufgrund der Komplexität des vorgelegten Referentenentwurfes haben wir uns in unserem Beitrag auf zwei wesentliche Schwerpunkte, Präventions- und Gesundheitsförderungsziele sowie Finanzierung konzentriert. Weitere wichtige Aspekte wie Angebote der Krankenkassen, Betriebliche Gesundheitsförderung, finanzielle Anreize oder Früherkennung und Vorsorge können auf unserer Homepage unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) nachgelesen werden. ■

## BÜCHER

### Mehr Menge, mehr Nutzen?

Schwerpunkt des Krankenhaus-Report 2013 ist die aktuelle Diskussion um die Zunahme von Krankenhausfällen. Namhafte Wissenschaftler wie etwa Jürgen Wasem und Max Geraedts beleuchten die Einflussfaktoren Demographie und Morbiditätsentwicklung und analysieren mögliche Anreize, die sich auf die Mengen- und Leistungsentwicklung auswirken können. Der umfangreiche Report ist zu empfehlen, da er eine gute Grundlage bildet, um die weiter anhaltende Debatte um die Mengendynamik nachvollziehen zu können.



Jürgen Klauber (Hg.)  
Krankenhaus-Report 2013:  
Mengendynamik: Mehr Menge,  
mehr Nutzen?  
2012, 568 S., 54,95 Euro  
Schattauer Verlag Stuttgart

### Gesunde Arbeit

Gesundheit als „Nebenwirkung“ eines guten Personalmanagements nutzt dem Betrieb und den Mitarbeitern gleichermaßen. So das Credo von Autorin Cornelia Schneider, die viel praktische Erfahrung aus ihrer Arbeit als Coach für Unternehmen in das Buch einfließen lässt. Das Werk informiert über Standards in der betrieblichen Gesundheitsförderung, ohne in bürokratischen Details zu versinken. An Hand vieler Beispiele erhalten Sie Einblick in die möglichen und lohnenden Verknüpfungen von Arbeit und Gesundheit. Profitieren Sie dabei vom Erfolg, aber auch von den Fehlern anderer.



Cornelia Schneider  
Gesundheitsförderung am  
Arbeitsplatz, Nebenwirkung  
Gesundheit  
2012, 224 Seiten  
€ 29,95, Verlag Hans Huber

## FACHTAGUNG

### Psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen nehmen zu. Dies belegen Ergebnisse aktueller Analysen. Laut Krankenkassen steigen die Krankenstandszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen. Ebenso werden die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf andere körperliche Krankheiten, wie Rückengesundheit und Herz-Kreislaufsystem, belegt. Die Bedeutung psychischer Gesundheit wird heute jedoch noch immer weitgehend unterschätzt.

Mit einer Fachtagung will der Arbeitskreis Frauengesundheit mit Experten aus verschiedenen Bereichen am 10.4.2013 in der Rotunde im Regierungsviertel in einen Erfahrungsaustausch treten. Kooperationspartner sind neben der vdek-Landesvertretung Thüringen, der Landesfrauenrat, die Gleichstellungsbeauftragte des Landes sowie die AGETHUR. Interessierte sind eingeladen. Anmeldungen über [info@landesfrauenrat-thueringen.de](mailto:info@landesfrauenrat-thueringen.de).

## HÄUSLICHE BETREUUNG

### Neues Pflegeangebot ab 1.1.2013

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wurde die häusliche Betreuung als neues Angebot in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung eingeführt. Seit 1.1.2013 können Klienten von 67 Thüringer Pflegediensten (etwa 16 Prozent der Zugelassenen) diese Leistung in Anspruch nehmen. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen Pflegediensten und Thüringer Pflegekassen wurde geschlossen.

## MELDUNG

### Konstituierende Sitzung des erweiterten Landesausschusses

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V grundlegend geändert. Dem G-BA wurde die Aufgabe übertragen, die konkreten Anforderungen zur Durchführung der spezialfachärztlichen Versorgung in einer gesonderten Richtlinie zu definieren. Mit der Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des jeweiligen Leistungserbringers sind nicht mehr die jeweiligen Ministerien der Länder betraut, sondern der erweiterte Landesausschuss nach § 116b Abs. 3 SGB V. Hierzu wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen um die Vertreter der Krankenhäuser erweitert. Am 25.1.2013 fand die konstituierende Sitzung des erweiterten Landesausschusses in Thüringen statt. Damit stellen alle Beteiligten für Thüringen sicher, dass im Falle einer Veröffentlichung der Richtlinie durch den G-BA eine kurzfristige Handlungsfähigkeit im Rahmen des Anzeigeverfahrens gewährleistet ist.

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Landesvertretung Thüringen des vdek  
Lucas-Cranach-Platz 2, 99099 Erfurt

Telefon 03 61 / 4 42 52-0

Telefax 03 61 / 4 42 52-28

E-Mail [LV-Thueringen@vdek.com](mailto:LV-Thueringen@vdek.com)

Redaktion Kerstin Keding-Bärschneider

Verantwortlich Dr. Arnim Findeklee

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2158