

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW zur zukunftsicheren Finanzierung | **STRUKTURFONDS** als wirksames Instrument **GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG** Grundlage zur Bestimmung von regionalen Handlungsbedarfen

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2017

SELBSTVERWALTUNG

Neue vdek-Mitglieder- versammlung



WIEDERGEWÄHLT: Uwe Klemens

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e V. (vdek) hat sich nach Abschluss der Sozialwahlen 2017 neu konstituiert. Die 36 ehrenamtlichen Vertreter der sechs Ersatzkassen bestimmen unter anderem über die Grundsätze der Verbands-, Sozial- und Vertragspolitik, wählen und überwachen den Vorstand und legen den Verbandshaushalt fest. Der Verbandsvorsitzende Uwe Klemens, Versichertenvertreter der Techniker Krankenkasse wurde im Amt bestätigt. Als Stellvertreter fungieren die Versichertenvertreter Thomas Auerbach (BARMER), Dieter Schröder (DAK-Gesundheit) und als Arbeitgebervertreter Hansjürgen Schnurr (KKH Kaufmännische Krankenkasse). Bei der Sozialwahl 2017 hatten 15,3 Millionen Versicherte der Ersatzkassen dafür ihre Stimme abgegeben – über eine Million mehr als 2011. (siehe auch Seite 7)

19. GESUNDHEITSPOLITISCHES SYMPOSIUM

Bedürfnisse und Bedarfe

Die Bevölkerung soll nach dem Gesetz eine Gesundheitsversorgung erhalten, die sich an ihren Bedürfnissen orientiert und dabei das Zweckmäßige und medizinisch Notwendige nicht übersteigt. Doch was ist das?

Wenn Gerechtigkeit nicht objektiv zu bestimmen ist, dann kann auch der oft strapazierte Begriff Bedarfsgerechtigkeit nur zu einer Eingrenzung einer Sache führen, indem die Akteure des Gesundheitswesens sie mit ihren unterschiedlichen Sichtweisen beschreiben. Die vdek-Landesvertretung hatte wieder namhafte Referenten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems gewonnen, die das Thema aus ihrer Sicht beleuchteten.

Bedarfsgerechtigkeit und ihre Grenzen

Es ging also nicht nur um eine objektive Sicht des Krankheitsgeschehens in Sachsen-Anhalt, sondern auch um die Bewertung der Morbidität aus Sicht der Vertragsärzte, die aufgrund der gesetzlichen Regeln direkt in monetäre Forderungen mündet. Die ökonomischen Anreize von Fallpauschalen im Krankenhaus treiben auch hier die dokumentierte Morbidität in die Höhe, bei immer schwierigeren Verhältnissen des Pflegepersonals. Die Ersatzkassen wollen innovative Versorgungslösungen, um die Schnittstellen zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden. Sie stoßen aufgrund ihrer Diskriminierung im

Risikostrukturausgleich jedoch an finanzielle Grenzen.

Das Robert Koch Institut (RKI) beobachtet das Auftreten von Krankheiten und Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung. Prof. Kurth stellte die Situation in Sachsen-Anhalt anhand von Ländervergleichen dar. Anhand der Demografie, aber auch wegen sozialpolitischer Rahmenbedingungen, wie Anteil von Schulabbrechern, Anteil an Adipositas in der Bevölkerung oder ausgewählter Diagnosen, fokussierte sie die besondere Lage von Sachsen-Anhalt. Dies belegen aber auch die Daten, Zahlen und Fakten, die die Landesvertretung in ihrer regelmäßig erscheinenden Broschüre veröffentlicht. Die These von Prof. Kurth ist es, Prävention vor Behandlung zu setzen. Die Menschen sollten dringend über die langfristigen Folgen ihrer Lebensweise aufgeklärt werden und so aus Eigenverantwortung zu einer Änderung ihres Verhaltens kommen.

Für Krankenkassen und Leistungserbringer in Sachsen-Anhalt ist es eine große Herausforderung diese regionalen „Voraussetzungen“ zielgerecht in der Bedarfsermittlung zu berücksichtigen. Daher wäre es sinnvoll, so die RKI-Vertreterin, zukünftig regional vorliegende Daten mit den Gesundheitsdaten der gesetzlichen



Emotionale Debatte



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

FOTO: vdek

Zweimal kam anlässlich des diesjährigen Symposiums richtig Stimmung auf: Einmal ging es um den Risikostrukturausgleich und einmal um die Relevanz von Portalpraxen am Krankenhaus. Diese beiden Themen teilen eine Eigenschaft: Sie enthalten eine Umverteilung von Finanzströmen im Gesundheitswesen. Und das polarisiert. Interessant ist, manche Leistungserbringer glauben, die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente beim RSA würde zu Honorareinbußen führen. Doch das Argument, dass weniger Geld in manchen Regionen aufgrund geänderter Geldzuweisungen an Krankenkassen weniger Vergütung nach sich zieht, ist einfach falsch: Die Vergütungen der Gesundheitsleistungen gehören zu einem anderen Regelkreis und haben mit der Mittelverteilung unter Krankenkassen direkt nichts zu tun. Die Forderung nach einer Regionalisierung in der Mittelverteilung hat einen sozialpolitischen Grund: Sie gleicht durchschnittliche finanzielle Belastungen aus. Gegen die Portalpraxen wird argumentiert, sie wirken als „Staubsauger“ und „Einweiser“. Dabei sind sie umgekehrt gedacht: Sie sollen als Teil der Versorgung durch niedergelassene Ärzte stationäre Aufenthalte vermeiden. Wie die Wirkungen tatsächlich sind, lässt sich nur im Versuch klären: Das Leistungsgeschehen an Krankenhäusern mit und ohne Portalpraxis lässt sich zahlenmäßig erfassen.



Krankenkassen zusammenzulegen und diese auch in der Bedarfsplanung der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Ambulant zuerst

Die kassenärztliche Vereinigung vertritt den Grundsatz „ambulant vor stationär“ aus voller innerer Überzeugung. Dr. John stellte in diesem Zusammenhang das Potenzial an zusätzlichen ambulanten Leistungen vor, nämlich „ambulant sensitive“ Krankenhausfälle, neue Leistungen und auch Leistungen, die aufgrund der historisch gewachsenen Vergütungssystematik finanziell nicht erfasst werden. Nach der bestehenden Vergütungssystematik würden mehr Fälle ambulant gleichzeitig mehr Geld für die kassenärztliche Vereinigung bedeuten. Ein Strukturwandel ist damit noch lange nicht auf dem Weg; Martin Wenger erläuterte am zweiten Tag des Symposiums die Organisation des ärztlichen Notdienstes mit den ausgedehnten Notdienstbereichen und einer Mehrzahl von Versicherten, die die Notfallnummer der kassenärztlichen Vereinigung immer noch nicht kennt. Auch wurde die Implementierung von medizinischen

»Die Bedarfsplanung ist überarbeitungsbedürftig. Die dort enthaltenen starren Zahlen müssen flexibler gestaltet werden.«

Dr. Burkhard John

Versorgungszentren am Krankenhaus als Portalpraxis problematisiert: Wie sollen niedergelassene Ärzte dort eine Versorgung rund um die Uhr sicherstellen? Hinzu kommt der Kampf um knappe Arztstühle bei Nachbesetzung in überversorgten Planungsbezirken.

Prof. Schütte präsentierte die Positionen der Krankenhausgesellschaft zur Verbesserung der Versorgung. Die geriatrische Ausbildung des Pflegepersonals im Krankenhaus muss verbessert werden. Ambulantisierung sei grundsätzlich in Ordnung,

aber der Übergang vom stationären Aufenthalt in die Häuslichkeit und ambulante Behandlung hängt oftmals von den handelnden Akteuren ab und weniger vom Bürokratismus, den die umfängliche Dokumentation auslöst. Die Mindestmengenregelung für Pflegepersonal im Krankenhaus kritisierte er dahingehend, dass Krankenhäuser mit sehr starken ökonomischen Zwängen noch schlechter gestellt würden, wenn sie aufgrund von Krankheitsfällen im Personal durch folgende Strafzahlungen noch tiefer in Notlagen geraten. Portalpraxen können sinnvoll sein in Abhängigkeit von der Krankenhausedichte.

RSA-Schiefelage ein Manko

Der vdek unterstützt dagegen solche innovativen Schnittstellen zwischen ambulant und stationär wie die Portalpraxis mit ganzem Herzen. Wenn es dann dabei aber darum geht, noch zusätzliches Geld für notwendige Versorgungsleistungen in die Hand zu nehmen, sind den Ersatzkassen vor allem auf Grund der Schiefelage im Risikostrukturausgleich oft die Hände gebunden. Herr Baumann aus der vdek Verbandszentrale legte die aktuelle Dynamik der Finanzierungsströme offen: Es findet in vielen Bundesländern eine Marktkonzentration zugunsten des AOK-Systems statt. Der Risikostrukturausgleich belohnt die Morbidität von AOK-Versicherten so gut, dass nicht nur deren Behandlung, sondern ein gutes Plus darüber hinaus in der Kasse bleibt. In der Folge treten spürbare Differenzen in den Beitragsätzen der Kassen auf, und Kassenmitglieder wählen im Wettbewerb. (siehe Interview Seite 4)

Der vdek fordert vor diesem Hintergrund, dass das Thema RSA auf die politische Agenda der neuen Bundesregierung kommt. Aufgabe des Morbi-RSA sei es neben der Vermeidung von Risikoselektion, auch für faire Wettbewerbsbedingungen zu sorgen. Wer jetzt nicht handelt, toleriere ein Auseinanderdriften der Zusatzbeiträge und leistet einer Marktkonzentration der AOK Vorschub. Das wiederum gefährdet die Kassenvielfalt und beschränkt damit

die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Die Vergütungen der Leistungserbringer, – auch die in Sachsen-Anhalt, blieben hiervon unberührt. Nicht aber die finanziellen Vorteile von Regionalkassen im ländlichen oder strukturschwachen Raum. Deren Vorteile, nämlich die preiswerte Versorgung in diesen Regionen mit wenig angebotsinduzierten Leistungen auf Basis bundesweiter Durchschnittsvergütungen finanziell auszugleichen zu bekommen, wäre passe'. Regionalisierung würde zu einer sachgerechten Abbildung der Kosten von Spitzenmedizin in Deutschland führen und nicht diejenigen Kassen bestrafen, die diese Medizin finanziell überhaupt erst absichern. Klaus Böttcher zeigte am Beispiel der KKH wegweisende Projekte, die zwar zusätzliche Ausgaben bedingen, aber Versorgung gestalten. Dazu gehören die Steuerung von Versicherten mit Vorhofflimmern oder das Gesundheitscoaching der KKH. Die Freiwilligkeit dieser Leistungen ist gesichert, eine Beteiligung der niedergelassenen Ärzteschaft möglich.

Prof. Meyer schloss die Leistungen des Gesundheitswesens in Sachsen-Anhalt mit einer Übersicht zum Zustand in der Pflege ab. Auch hier stand der Handlungsbedarf bei den Schnittstellen zwischen den

Sektoren im Mittelpunkt der Analyse. Es gibt derzeit noch zu wenige Pflegeeinrichtungen mit einem zugehörigen Hausarzt oder Internisten, der diese Einrichtung regelmäßig besucht. Der Zufall in der Versorgung führt dann oftmals dazu, dass viele verschiedene Ärzte Verordnungen schreiben und alte Menschen bis zu 20 verschiedene Arzneimittel an einem Tag einnehmen. Die Wechselwirkungen solcher Medikamente sind in dem Umfang oft unbekannt. Es wären im beschriebenen Fall 180 Kombinationen zu untersuchen – wenn man sich auf die jeweils bilateralen Wirkungszusammenhänge beschränkt. Martin Wenger meldete hierzu einen Vertrag der kassenärztlichen Vereinigung, der eine solche Kooperation zwischen Arzt und Pflegeheim gewährleisten soll.

Gestaltungswillen stärken

Aus Sicht des Landes referierte Prof. Nehring die Ziele der Gesundheitspolitik. Dazu gehört der Wettbewerb um innovative Lösungen, hin zu mehr Qualität und weniger Preiswettbewerb. Die erwartete Knappheit in der Versorgung soll durch Delegation von Leistungen auf nicht-ärztliches

Personal aufgefangen werden. Wenn ambulante Leistungen durch Entlastung des stationären Sektors gestärkt werden, soll dies aber auch ein Finanzausgleich finanzieren. Die Ziele des Landes sind den Gesundheitszielen zu entnehmen. Dabei soll

»Wir haben in Sachsen-Anhalt eine höhere Krankheitslast als der Bundesdurchschnitt. Daher ist es nur gerecht, wenn Sachsen-Anhalt auch seine höheren Kosten ausgeglichen bekommt.«

Prof. Dr. Reinhard Nehring

Herzgesundheit wieder eine größere Rolle spielen, nachdem sie zwischenzeitlich einmal aus dem Kanon der Schwerpunkte im Land herausgenommen wurde. Prof. Nehring appellierte an alle Akteure vor dem Hintergrund der besonderen Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt einen ergebnisorientierteren Umgang mit den gesundheitlichen Problemen zu entwickeln. Die Bereitschaft zum gemeinsamen zielgerichteten Handeln zeige noch viel Entwicklungspotential. ■



DIE REFERENTEN am ersten Tag (oben v.l.n.r.): Prof. Bärbel-Maria Kurth (RKI), Manfred Baumann (vdek), Klaus Böttcher (KKH), Dr. Burkhard John (KVSA) und am zweiten Tag (unten v.l.n.r.): Martin Wenger (KVSA), Prof. Wolfgang Schütte (KGSAN), Prof. Gabriele Meyer (MLU), Dr. Klaus Holst (vdek) als Gastgeber und Prof. Reinhard Nehring (MASI)

Finanzierung zukunftssicher gestalten – was ist zu tun?

Die Finanzarchitektur der GKV ist in Schiefe, wie bedrohlich ist das für das Gesamtsystem?

Die finanzielle Schiefe zwischen den Kassenarten verschärft sich zunehmend. Auch im Jahr 2016 wurde durch den Morbi-RSA wieder deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds in Richtung AOKn gelenkt, als diese für die Versorgung ihrer Versicherten benötigten. Die Überdeckung betrug rund 1,5 Milliarden Euro, im Jahr 2015 waren es noch rund eine Milliarde Euro. Dagegen stehen bei allen anderen Kassenarten erneut Unterdeckungen (Ersatzkassen: -983 Millionen Euro; BKKn: -222 Millionen Euro; IKKn: -271 Millionen Euro und Bundesknappschaft -46 Millionen Euro) zu Buche. Greift der Gesetzgeber nicht in den Regelmechanismus des Morbi-RSA ein, bedeutet eine sich verschärfende Schiefe zwangsläufig auch mehr Marktkonzentration und eine sich vergrößernde Ungleichheit der Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen.

Dazu muss es aber nicht kommen, wenn man dem Regulierungsbedarf, der eigentlich von allen Seiten als unstrittig angesehen wird, mit wirksamen Maßnahmen begegnet. Das Thema muss deshalb sofort auf die politische Agenda der neuen Bundesregierung.

Die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA führen zu Unter- bzw. Überdeckungen, worin besteht hierbei die Ungenauigkeit?

Die Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben weisen die Differenz zwischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben und den tatsächlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus. Deckungsbeiträge unter Null bedeuten, dass die Kassen nicht ausreichend Gelder zur Deckung dieser

Leistungsausgaben erhalten. Deckungsbeiträge über Null bedeuten, dass Kassen mehr Gelder erhalten, als sie für die Deckung dieser Ausgaben benötigen. Dargestellt als Deckungsquote ergibt sich für die Kassenarten in 2016 Folgendes: IKKn 98,08 %; Ersatzkassen 98,76 %; KBS 99,32 % BKKn 99,19 %; und AOKn 101,96 % (!!)

Die Spannweite der Über- und Unterdeckungen liegt mittlerweile bei rund 2,5 Milliarden Euro – dies macht je Versicherten 109 Euro aus. Krankenkassen mit Unterdeckungen müssten die fehlenden Gelder durch höhere Zusatzbeiträge wieder hereinholen.

Das vorliegende RSA-Sondergutachten wurde seitens der Ersatzkassen mit gemischten Gefühlen aufgenommen, warum?

Nach unserer Einschätzung enthält das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats keine Lösungen, wie die finanzielle Benachteiligung der Ersatzkassen und ihrer Versicherten im Morbi-RSA kurzfristig beseitigt werden kann, denn kurzfristiger Handlungsdruck wird von den Wissenschaftlern nicht konstatiert. Stattdessen wird ein Krankheitsvollmodell vorgeschlagen, das bereits überdeckte Kassen und Kassenarten weiter bevorteilt. Viele andere Vorschläge zur Optimierung des Morbi-RSA werden von den Gutachtern auf eine Forschungsagenda gesetzt, die erahnen lässt, dass deren tiefere Untersuchung noch Jahre in Anspruch nehmen wird. Wir fordern die Politik auf, zu Beginn der neuen Wahlperiode rasch RSA-Reformen auf den Weg zu bringen, die tatsächlich geeignet sind, faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen und für die Versicherten zu schaffen. Dafür haben wir bereits vor Monaten gangbare Vorschläge präsentiert.



MANFRED BAUMANN, Abteilungsleiter Finanzen beim vdek

Welche Lösungsansätze zur Behebung o.g. Schiefe schlagen die Ersatzkassen vor?

Wir halten unter anderem die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente als zwingend erforderlich, denn es bestehen regional deutliche Kostenniveauunterschiede durch unterschiedliche Leistungsanbieterstrukturen. Diese sind für die Krankenkassen nicht beeinflussbar. Damit ist die regionale Komponente ein exogener „Risikofaktor“, der aber im RSA nicht berücksichtigt wird.

Die Versorgungsstrukturkomponente wirkt nicht auf die Versorgungsstruktur einer Region, sondern auf die Zuweisungen an die Krankenkassen für die einzelnen Regionen. Das bestehende Ausgaben-niveau einer Region bleibt durch diesen Ausgleichsfaktor gedeckt. Außerdem beinhaltet der Vorschlag der Ersatzkassen nicht die Aussetzung des Einkommensausgleichs für Zusatzbeitragsätze, der hohe Summen in finanzschwache Regionen transferiert.

Daraus ergäbe sich letztendlich eine Erhöhung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA bei der oben skizzierten Deckungsquote der Leistungsausgaben durch Zuweisungen und damit das Wiederherstellen von fairen Finanzierungsgrundlagen für sich im Wettbewerb befindende Krankenkassen. ■

STATIONÄRE VERSORGUNG

Strukturfonds verändert Strukturen – ein Anfang ist gemacht

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der Strukturfonds als neues Instrument der Investitionsförderung geschaffen. Was geschieht in Sachsen-Anhalt?

Bundesweit stehen ca. eine Milliarde Euro zur Verfügung. Die Gelder wurden zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen und die andere Hälfte tragen die Bundesländer. Aus der anteiligen Berechnung ergibt sich für Sachsen-Anhalt ein Betrag in Höhe von mindestens 14,02 Mio. Euro Landesmittel, die durch 14,02 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds ergänzt werden. Die Maßnahmen aus dem Strukturfonds sollen der Förderung von Ländervorhaben zugutekommen, die der Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung dienen. Der Strukturfonds bezweckt Anreize zu setzen für erforderliche Strukturveränderungen. Dazu gehört vor allem die Schließung und Funktionsänderung von Abteilungen, Standorten und Einrichtungen sowie die Konzentration der Versorgungskapazitäten.

Die Kriterien für die Antragsstellung wurden mit einer Verordnung festgelegt, das BVA bearbeitet die Anträge und verteilt die Investitionssummen auf die Länder.

Das Hauptkriterium war dabei der Abbau von Krankenhauskapazitäten und die Schaffung zukunftsfähiger Strukturen. Drei Anträge wurden konkret gemeinsam mit den Trägern weiterentwickelt.

Johanniter Krankenhaus Genthin-Stendal: 7,5 Millionen Euro: Der Antrag beinhaltet die dauerhafte Schließung des Außenstandortes Genthin. Die Auswirkungen der Schließung des Krankenhausstandortes auf die ambulante Versorgung wurden mit dem Träger und den Vertretern der stationären und ambulanten Versorgung unter Hinzuziehung der Pflegeversicherung bewertet und als vertretbar befunden. Die

Versorgung der Bevölkerung ist sichergestellt. Die Schließung erfolgt im Einvernehmen mit dem Träger.

Altmarkklinikum: 2,1 Millionen Euro: Zusammenführung der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde am Hauptstandort in Gardelegen unter gleichzeitiger Aufgabe der Gynäkologie am Standort in Gardelegen. Mit diesen Maßnahmen soll die Geburtshilfe und die Kinderheilkunde langfristig am Standort in Gardelegen eine Zukunftsperspektive erhalten. Die Anforderungen an die Qualität können nur durch die Leistungskonzentration an einem Standort aufrechterhalten werden.

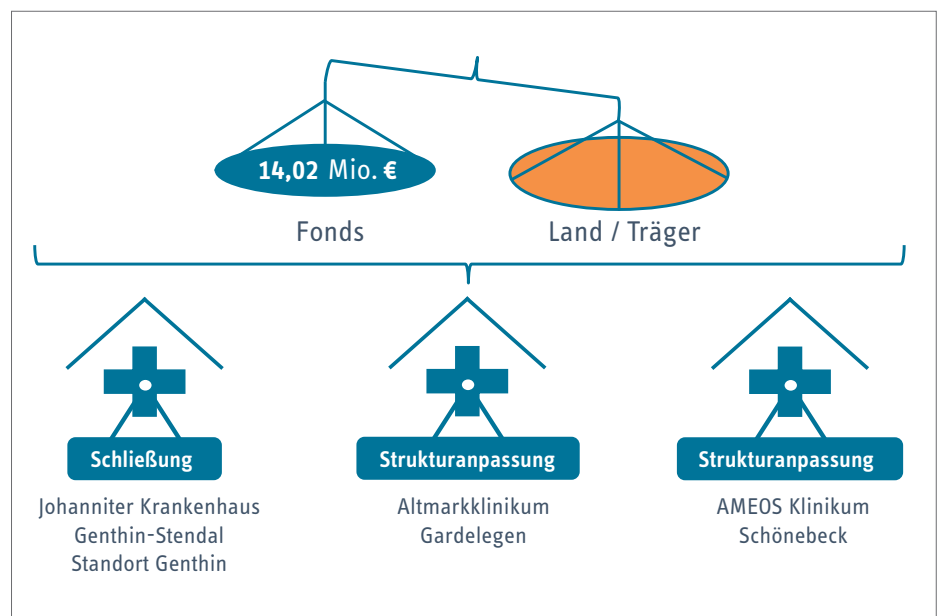
AMEOS-Klinikum Schönebeck: 21,5 Millionen Euro: Für den Neubau der Inneren Medizin am Hauptstandort und die Auflösung des Außenstandortes in Bad Salzelmen. Damit werden alle Leistungen an einem Standort konzentriert.

Da nicht die vollen Umfänge der jeweiligen Maßnahmen durch den Strukturfonds

getragen werden können, beteiligen sich die Träger jeweils mit einem Eigenanteil an der Gesamtinvestition, der die Beträge der Landesmittel und der Mittel aus dem Gesundheitsfonds ergänzt.

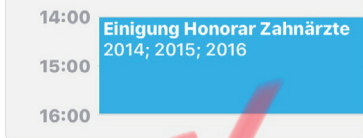
Die Kassenverbände haben zu den drei Maßnahmen ihr Einverständnis erklärt. Inzwischen liegen die positiven Bescheide des BVA vor.

Die Beteiligung der Kostenträger an der Entscheidungsfindung ist sachlogisch und zwingend. Damit findet auch die bisher in Sachsen-Anhalt positiv begleitete Praxis der Förderung von Maßnahmen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz, die bereits zum 31.12.2014 auslief, im Prinzip ihre Fortsetzung. Eine Weiterführung des Strukturfonds wäre aus Sicht der Ersatzkassen wünschenswert. Die o.g. Beispiele zeigen, zielgerechte Einzelförderungen müssen den Krankenhausplanungsprozess flankieren, will man sinnvolle Strukturanpassungen erreichen. ■



ZAHNÄRZTE

Zweites Nachbohren mit Erfolg



Kalender

• Vdek >

FOTO vdek

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZVSAH) und vdek haben sich über das zahnärztliche Honorar für die Jahre 2014 bis einschließlich 2016 verständigt. Von dieser Einigung ausgenommen war die Techniker Krankenkasse, die der Verhandlungsgemeinschaft der Ersatzkassen ab dem 1. Januar 2018 wieder angehören wird.

Der Einigung vorausgegangen waren erhebliche Rechtsunsicherheiten, die der Schiedsspruch des Landesschiedsamts zum Honorarjahr 2014 auslöste. Der vdek beklagte diesen Schiedsspruch erfolgreich, so dass das Schiedsamt einen zweiten Schiedsspruch in der Sache zu fassen hatte. Das Landesschiedsamt ging in seinem zweiten Schiedsspruch zur Honorarfestsetzung aber ähnlich fehlerhaft vor. Erneut sah sich der vdek gezwungen, auch den zweiten Schiedsspruch zu beklagen. Im Rahmen dieser Klage brachte nun schließlich ein Mediationsverfahren den Durchbruch. Unter Beteiligung des neuen Schiedsamtsvorsitzenden, Herrn Prof. Clemens, konnte dabei eine für alle Seiten akzeptable Regelung gefunden werden. Dabei einigten sich die Vertragspartner nicht nur zum Honorarjahr 2014, sondern nutzten die Gunst der Stunde, um auch gleich die Honorarjahre 2015 und 2016 erfolgreich zu regeln.

INTERVIEW

Gesundheitsberichterstattung gemeinsam verbessern

Exakte und schnelle Datenerhebungen sind das Lebenselixier für eine valide Berichterstattung. Nur so können Handlungsbedarfe in den definierten Regionen eine immanente Anpassung erfahren. Wo steht Sachsen-Anhalt?

Was sind die neuen Anforderungen und Arbeitsschwerpunkte für die Gesundheitsberichterstattung in Sachsen-Anhalt (GBE-LSA)?

Die Datenlage der GBE-LSA ist bezüglich Fallzahlen und Diagnosehäufigkeiten im stationären Bereich und bei Frühverrentungen bzw. Sterblichkeit bereits sehr umfangreich. Im ambulanten Bereich fehlen weitgehend die Daten. Dies wollen wir wie folgt beheben:

Erstens: Wir unterstützen einen gemeinsamen Antrag der Bundesländer, bereits auf der Bundesebene ambulante Abrechnungsdaten der GKV für die GBE regional zu erhalten. (Dies ist gemeinsamer Antrag der Länder zur periodischen Abfrage von – nach Ländern gegliederten – ambulanten Morbidity-RSA-Daten beim DIMDI auf Grundlage der Datentransparenzverordnung).

Zweitens: Regen wir einen „runden Tisch GBE-LSA“ zwischen GBE-LSA und Haltern von ambulanten Abrechnungsdaten in Sachsen-Anhalt (GKV, KVSA, KZV) an. Hier wäre zu besprechen, ob bzw. in welcher Form und in welchem Ausmaß ambulante Abrechnungsdaten für das gemeinsame Monitoring der Gesundheitslage und des Versorgungsgeschehens in Sachsen-Anhalt genutzt werden können.

Wie lässt sich eine noch stärkere Regionalisierung von GBE-Daten erreichen?

Der geringere Anteil der Routinedaten der GBE-LSA ist bis jetzt regional, d.h. auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte verfügbar. Nach intensiver Recherche bei alternativen Datenhaltern konnten im letzten Jahr mehr regionale Daten für Sachsen-Anhalt akquiriert werden. Diese Daten



FOTO vdek

DR. GOETZ WAHL, Dezernent Gesundheitsberichterstattung, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

werden im nächsten Jahr (2018) als interaktive und anschauliche sogenannte „Gesundheitsprofile“ für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt für unser Bundesland verfügbar sein. Ergebnisse vom runden Tisch GBE-LSA könnten zudem zu einer starken Verbesserung dieser regionalen Gesundheitsprofile für Sachsen-Anhalt führen.

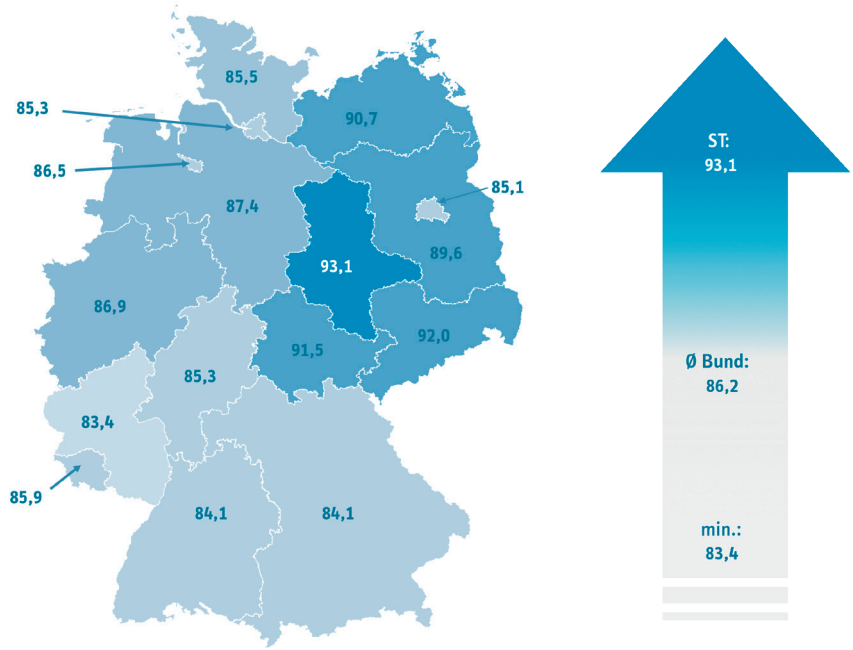
Sehen Sie weitere Ansätze auch auf kommunaler Ebene?

Die GBE-LSA ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Prävention in der Kommune“, welche im Rahmen des Landesforums „Prävention in Sachsen-Anhalt“ Umsetzungsstrategien für die Kommunen erarbeitet. In diesem Rahmen strebt die GBE-LSA an, auch die Verfügbarkeit von Gesundheits- und Versorgungsdaten auf kommunaler Ebene zu verbessern. Möglichkeiten sieht die GBE-LSA auch hier in der Zusammenarbeit mit der GKV, KVSA, KZV und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bei ärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Vorschul- und Schulalter. ■

GKV-ANTEILE

Ist das schon Bürgerversicherung?

Rund 2,1 Millionen Bürger in Sachsen-Anhalt sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV), das sind mehr als 93 Prozent der Gesamtbevölkerung. Das ist der Spitzenwert im Vergleich zu den anderen Bundesländern. In Umkehrschluss bedeutet dies, dass in keinem anderen Bundesland die private Krankenversicherung (PKV) eine geringere Rolle als in Sachsen-Anhalt spielt. Wer also von einer Bürgerversicherung politisch träumt, könnte sich theoretisch und fast schon praktisch in einem sachsen-anhaltischem Schlaflabor wohlfühlen. Die Kehrseite davon ist, dass offensichtlich bei einem relativ geringen Anteil der Bevölkerung Gehälter über der Versicherungspflichtgrenze (2018 sind dies 4.950 Euro) liegen und damit Wechseloptionen in die PKV überhaupt existieren bzw. Verbeamtungen vorliegen. ■

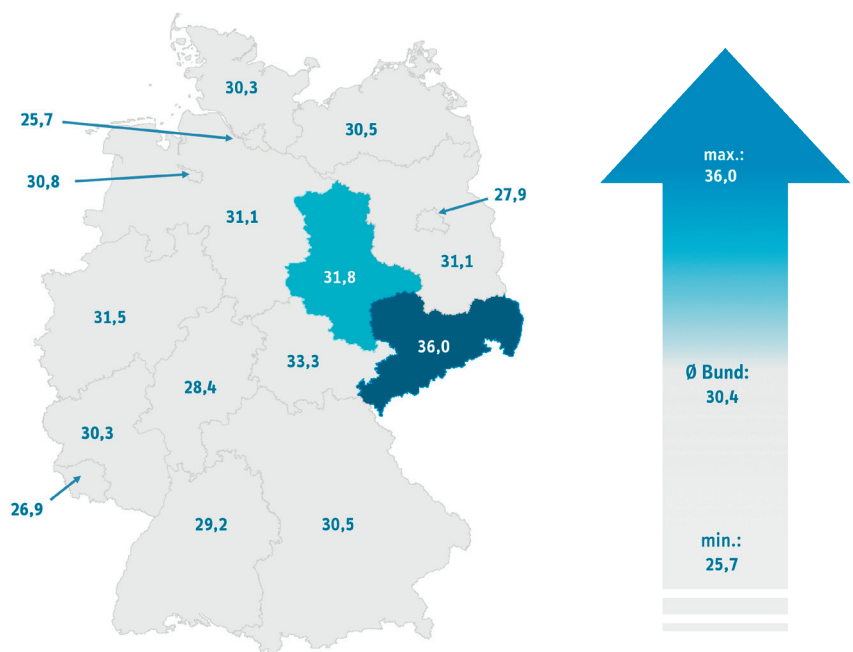


ANTEIL DER GKV-VERSICHERTEN AN DER BEVÖLKERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN IN 2015

SOZIALWAHLBETEILIGUNG 2017

Selbstverwaltung demokratisch legitimiert

Die Sozialwahlen bilden das Kernstück der Demokratie in der Sozialversicherung. Die Wählerinnen und Wähler stärken das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem und zugleich die ehrenamtlichen Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen. Die diesjährige Wahlbeteiligung von Sachsen-Anhalts Ersatzkassenmitglieder liegt anteilig, wie in allen anderen neuen Bundesländern zum Teil deutlich über denen des Bundesdurchschnitts. Das ist erfreulich, zeigt es doch, dass man auch in Sachsen-Anhalt durch demokratische Wahlen(-beteiligungen) den selbstverwalteten Strukturen bei den Ersatzkassen die notwendige Legitimation mit auf den Weg in die nächste Legislatur (6 Jahre) gegeben hat.



WAHLBETEILIGUNG BEI DEN ERSATZKASSEN 2017

QUELLE: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen; Angaben in Prozent; Stand 31.12.2015

QUELLE: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen; Angaben in Prozent; Stand 30.12.2017

Wenn der Vater mit dem Sohne...

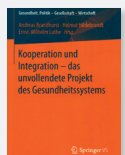
Ursprünglich ging es nur darum, dem Jungen einen Lieblings-Fußballverein zu suchen. Jason, geboren 2005, ist Asperger-Autist und für ihn ist es logisch, dass er alle Vereine gesehen haben muss, bevor er sich für einen entscheidet. Seit Jahren ist er mit Vater Mirco unterwegs durch die Fußballstadien Deutschlands und des benachbarten Auslands. Das Buch entstand aus dem preisgekrönten Blog der beiden. Es ist Zeugnis einer ganz besonderen Vater-Sohn-Beziehung und eine intensive Auseinandersetzung mit den Themen Toleranz und Behinderung.



Mirco von Juterzenka
Wir Wochenendrebellen
– Ein ganz besonderer Junge und sein Vater auf Stadiontour durch Europa
2017, 240 S., € 20
Benevento, Salzburg

Bezahlbare Versorgungsformen

Eine Versorgung, die sich an den Patientenbedürfnissen orientiert und gleichzeitig bezahlbar ist, wird in Zukunft nur möglich sein, wenn sich das deutsche Gesundheitswesen grundlegend wandelt. Es geht um den Übergang zu einer integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung mit einer dezentralen Verankerung der Prozesse und Strukturen. Autoren aus Wissenschaft, Verbänden, Sozialversicherung, Verwaltung, Industrie und der Versorgungspraxis beschreiben mögliche Wege zu solchen Versorgungsformen, die in anderen Ländern funktionieren.



Brandhorst, Hildebrandt, Luthé (Hg.)
Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems
2017, XV, 624 S., € 69,99, Springer VS, Wiesbaden

Gegen Überforderung

Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 haben die Verbände der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt mit dem Universitätsklinikum Halle den ersten Vertrag zur sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V für Sachsen-Anhalt abgeschlossen.

Nach der Entlassung aus der stationären Akutversorgung oder aus einer Rehabilitationseinrichtung, erweist sich die häusliche Versorgungssituation bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern oft als sehr schwierig. Betroffene Eltern und Betreuungspersonen sind daher nicht selten mit der Versorgungssituation im häuslichen Bereich überfordert. Die sozialmedizinische Nachsorge ist als Hilfe zur Selbsthilfe ausgelegt, in dem sie eine sektorenübergreifende Brückenfunktion zwischen Klinik und der anspruchsvollen Pflege und Betreuung in der Häuslichkeit einnimmt.

Ein multiprofessionelles Nachsorgeteam vom o.g. Universitätsklinikum:

- übernimmt eine auf den jeweiligen Fall bezogene Analyse des Versorgungsbedarfes,
- koordiniert die zu verordnenden Leistungen (wie ambulante Pflegedienste, Therapeuten und niedergelassene Fachärzte) und
- leitet bzw. motiviert die betroffenen Familien zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen an.

Das Angebot richtet sich an Kinder, die bei Beginn der Nachsorge das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben – in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr- und wird auf der Basis einer ärztlichen Verordnung angeboten.

Alle Register vereint!



Ab dem 01.01.2018 gehen die Aufgaben und Daten der in Magdeburg, Halle und Dessau bestehenden Krebsregister in die Klinische Krebsregister Sachsen-Anhalt gGmbH über. Damit wird es erstmals möglich, Krebsregisterdaten landesweit zu erheben und auszuwerten.

Die klinischen Krebsregister erfassen systematisch alle wichtigen Informationen zur Diagnose, Therapie und Verlauf einer Krebserkrankung zu einem Patienten, die Ihnen von den jeweiligen behandelnden Ärzten und Ärztinnen gemeldet werden. Folgende Fragen können u. a. beantwortet werden:

- Welchen Einfluss haben einzelne Krebstherapien auf die Prognose und die Lebensqualität?
- Können Ergebnisse aus klinischen Studien im Behandlungsalltag bestätigt werden?
- Wie gut funktioniert die ambulante Behandlung und Nachsorge?

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek e. V.

Schleifufer 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