

report hessen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Sept. 2009

ersatzkassen

Ersatzkassen positionieren sich zur Bundestagswahl

In der nächsten Legislaturperiode wird es vorrangig darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Nur gering steigende Reallöhne, der Abbau von bisher freiwillig gezahlten Gehaltsbestandteilen, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen schon heute die Einnahmen bröckeln. Die Bundesregierung musste bereits zusätzliche Steuermittel in Höhe von vier Milliarden Euro für Liquiditätsdarlehen in ihrem Nachtragshaushalt 2009 berücksichtigen. Im nächsten Jahr könnte die Deckungslücke auf zehn Mrd. Euro anwachsen und weitere Darlehen auslösen. Darlehen müssen zurückgezahlt werden und lösen von daher die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen sollten sie deshalb in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt werden. Daneben sollten die für die kommenden Jahre geplanten Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds vorgezogen werden, damit angesichts der aktuellen Krise auch tatsächlich ausreichend Mittel zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

In dieser Ausgabe:

- Ersatzkassen positionieren sich zur Bundestagswahl
- Pflegestützpunkte in Hessen
- Landesbasisfallwert 2009
Ein Drama in drei Akten
- Kurz berichtet
- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
 - Mustervertrag in Hessen abgeschlossen
 - Vertragsabschlüsse bereits mit neun Palliative-Care-Teams (PCT)

Arbeitgeber wieder stärker in die Pflicht nehmen

Die Ersatzkassen kritisieren in einem kürzlich in Berlin vorgestellten Positionspapier auch, dass sich die Belastungsverteilung in der Krankenver-

sicherung in den letzten Jahren deutlich zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Durch Zusatzbeiträge drohen weitere Verschiebungen. Klein- und Geringverdiener wird dies am stärksten treffen. Zur Vermeidung besonderer Härten sollten die Zusatzbeiträge deshalb ausschließlich als prozentualer Aufschlag auf den Sonderbeitrag erhoben werden. Das würde auch Kosten vermeiden, da keine separaten Versichertenkonten eingerichtet werden müssten. Geld sollte nicht in überflüssige Bürokratie, sondern in die Versorgung der Versicherten fließen. Nach den Vorstellungen der Ersatzkassen sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Nur eine angemessene – paritätische – Beteiligung der Arbeitgeber sichert die breite gesellschaftliche Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung. Daneben wird das Interesse der Arbeitgeber an einer guten und effizienten medizinischen Versorgung wachgehalten.

Heute die medizinische Versorgung von morgen planen

Die Gestaltung bedarfsgerechter und zukunftstauglicher Versorgungsstrukturen stellt eine zweite große

Herausforderung für die nächste Bundesregierung dar. Notwendig sind Reformen, die ihren Namen verdienen und den notwendigen Umbau der bestehenden Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status muss sich Deutschland aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl an alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens. Heute werden Systemfragen häufig auf sektorale und berufsständische Besitzkämpfe reduziert. Künftig muss die Versorgung stärker prozesshaft begriffen, sektoren- und berufsübergreifend organisiert und an den veränderten Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft ausgerichtet werden. Die Versorgungsforschung soll hierzu in Zukunft einen größeren Beitrag leisten. Vielfach fehlen heute noch die Kenntnisse darüber, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung der Betroffenen tatsächlich nachhaltig verbessern. Die damit einhergehende Ressourcenverschwendung ist nicht zu akzeptieren. Die Ersatzkassen richten ihre Vertragspolitik bereits heute an den sich verändernden Bedingungen aus. Als gutes Beispiel hierfür gilt der Mustervertrag zur hausärztlichen Versorgung, der



Dr. Hubert Schindler,
vdek-Landesvertretung
Hessen

DER KOMMENTAR

Aufruf zur Wahl!

Ja, wo kämen wir denn da hin, wenn wir zu jeder Wahl gezwungen würden! Obwohl, manchmal sind Unterschiede schwer erkennbar, da fällt die Wahl schwer, meist hilft dann der Blick auf den Preis. Vor der Entscheidung noch ein Blick auf die Qualität des ausgewählten Objektes der Begierde? Nochmaliges Überdenken der Entscheidung, weil Nachhaltigkeit und Qualität doch zählen?

Wer guten Service sucht und dabei auf gute Produkte setzt, braucht Transparenz für seine Entscheidung. Dies gilt insbesondere für Gesundheitsleistungen.

Darum brauchen wir mehr Wettbewerb in der Versorgung. Darum brauchen wir mehr Ressourcensteuerung mit sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten. Und weil doch jeder auf den Preis schaut, brauchen wir

- eine effizientere Finanzierung und keine 50 Millionen neue Versichertenkonten;
- eine gerechtere Finanzierung und kein Fortführen der Mehrbelastung der Versicherten zu Gunsten der Arbeitgeber;
- eine Abschottung der GKV vor Finanz- und Wirtschaftskrisen.

Um ordentlich wählen zu können, muss noch einiges an Aufräumarbeiten geleistet werden.

Darum brauchen wir Sofortmaßnahmen:

- vorziehen des erst für 2012 geplanten Steuerzuschusses in Höhe von 14 Milliarden Euro;
- Umwandlung des Liquiditätsdarlehens 2009 in einen Bundeszuschuss zur Dämpfung der Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise;
- kostendeckende GKV-Beiträge für ALG II-Empfänger.

Wenn freie Wahlen und faire Wettbewerbsgrundfesten unseres gesellschaftlichen Selbstverständnisses sind, dann müssen wir wohl so lange wählen, bis dies auch für GKV uneingeschränkt gilt.

insbesondere auch die Ärzte fordert, sich für die Versorgung älterer Menschen besser zu qualifizieren.

Gute Versorgung braucht fairen Wettbewerb. Gute Verträge brauchen Raum.

Kreative Köpfe können sich nur beweisen, wenn ein Instrumentarium zur Erprobung neuer Ideen zur Verfügung steht. Selektivverträge erfüllen diese Funktion und können gezielt für die Suche nach besseren Versorgungskonzepten eingesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung sollte weiterhin über kollektivvertragliche Regelungen sichergestellt und durch flexible Rahmenbedingungen – z. B. praxistaugliche Bereinigungsregelungen für die Arzt- und Krankenhausbudgets – ergänzt werden. Der Vertragswettbewerb darf aber auch nicht auf den Kopf gestellt werden, wie es aktuell im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung geschieht. Hier ist ein Hausärztemonopol in die Lage versetzt worden, gleiche Leistungen zu höheren Preisen abzurechnen. Eine bessere hausärztliche Versorgung der Menschen wird auf diesem Wege nicht erreicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen muss eine der ersten Aufgaben der neuen Bundesregierung darin bestehen, dies wieder rückgängig zu machen.

Daneben brauchen die Krankenkassen gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen. Heute noch bestehende Vergütungsunterschiede, wie im zahnärztlichen Bereich, wirken unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds noch stärker wettbewerbsverzerrend als in der Vergangenheit und müssen beseitigt werden. Die Ersatzkassen fordern gleich lange Spieße. Das schließt auch die nach wie vor unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Bundesversicherungsamt und Länderaufsicht ein. Im Rahmen der letzten Gesundheitsministerkonferenz im Juni dieses Jahres haben sich die Länder darauf verständigt, zu wesentlichen Versorgungsfragen Stellung zu beziehen und wieder mehr Einfluss in der Gesundheitspolitik geltend zu machen. Dies soll eine praktikable Teilung der Aufgaben zwischen Bundes- und Länderaufsicht einschließen. Nach Meinung der Ersatzkassen ist dabei auf mehr Wettbewerbsneutralität hinzuwirken. Die „Unwuchten“ im Kassenwettbewerb sollten endlich der Vergangenheit angehören.

Die gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen finden Sie unter www.vdek.com/Standpunkte

Pflegestützpunkte in Hessen

Im Dezember 2008 wurde für das Land Hessen durch das Sozialministerium die Einrichtung von Pflegestützpunkten beschlossen. Damit ist das Ministerium als zuständige Landesbehörde einer Empfehlung des Landespflegeausschusses gefolgt und hat eine Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Hessen erlassen. Die wesentlichen Inhalte der Allgemeinverfügung stellen sich wie folgt dar:

- Inkrafttreten ab 01. Januar 2009
- Einrichtung von 26 Pflegestützpunkten zunächst auf je einen Pflegestützpunkt in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt
- Eröffnung der Möglichkeit, im Einvernehmen zwischen den Beteiligten weitere Pflegestützpunkte einzurichten
- Die Bestimmung zur Errichtung weiterer Pflegestützpunkte mit dem Ziel einer möglichst zeitnahen Herstellung der mit dem Gesetz angestrebten wohnortnahen Versorgung wird unter

Berücksichtigung der Bedarfsentwicklung nach Anhörung des Landespflegeausschusses getroffen.

- Bei der Einrichtung, der Ausgestaltung und beim Betrieb von Pflegestützpunkten sind die Grundaussagen der Empfehlungen des Landespflegeausschusses vom 03.12.2008 zu berücksichtigen.
- Es ist sicherzustellen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im jeweiligen Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden kann.

Die Ersatzkassen haben die Einrichtung von Pflegestützpunkten als kritisch angesehen, da hier die Gefahr besteht, dass Doppelstrukturen aufgebaut werden. Sie hatten die Empfehlung ausgesprochen, zuerst Erfahrungen aus den Bundesmodellprojekten und in der Umsetzung der Pflegeberatung zu sammeln und auszuwerten.

Pflegestützpunkte nehmen insbesondere folgende Aufgaben wahr:

Erhebung

Pflegestützpunkte erheben alle sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote einschließlich der relevanten Aktivitäten der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements in ihrem Einzugsbereich und stellen entsprechende Informationsunterlagen zur Verfügung.

Vernetzung

Pflegestützpunkte initiieren und fördern die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote.

Förderung der Koordination

Pflegestützpunkte leisten einen Beitrag zur Abstimmung und Koordinierung der für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Information, Auskunft und Beratung

Pflegestützpunkte bieten qualifizierte, umfassende und unabhängige Information, Auskunft und Beratung für alle Bürgerinnen und Bürger ihres Einzugsbereiches. Sie beraten zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote. Zu ihrem Auftrag gehört die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen.

Beratung nach § 7a SGB XI und nach § 11 SGB XII wird in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekassen bzw. der Sozialhilfeträger in deren Geschäftsstellen oder zusätzlich zu den genannten Aufgaben in den Pflegestützpunkten erbracht, bei Bedarf in gemeinsamer Abstimmung.

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt durch die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen. Die Leistungsentscheidung verbleibt eigenverantwortlich im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Kostenträgers.

Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement

Pflegestützpunkte

- binden in ihre Arbeit Selbsthilfegruppen ein,

- begleiten und fördern das Engagement von Angehörigen und Freiwilligen und stärken damit die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Pflege.

Einbindung von kirchlichen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen

Kirchen, gesellschaftliche Träger und Organisationen sollen ihre Angebote und Unterstützungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Pflegestützpunkt bekannt machen.

Die Errichtung der Pflegestützpunkte eröffnet in Hessen die Möglichkeit, die bereits bestehende gute Beratungs- und Unterstützungsstruktur im Interesse aller Beteiligten zu koordinieren und zu vernetzen. Ziel ist der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen. Vorhandene finanzielle, fachliche und organisatorische Ressourcen werden damit gebündelt, damit sie optimal eingesetzt und Doppelstrukturen vermieden werden.

Die Träger der Pflegestützpunkte in Hessen, die Kommunalen Spitzenverbände und die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen sowie die Ersatzkassen haben sich darauf verständigt, zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte einen Rahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI abzuschließen.

Die erforderliche Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtet sich nach dem quantitativen und qualitativen Bedarf der Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten in den Pflegestützpunkten. In der Aufbauphase beläuft sich die Personalgrundaussstattung auf max. 2 Vollzeitstellen, paritätisch besetzt durch die Mitarbeiter der Kassen und Mitarbeiter der Träger der Sozialhilfe.

Die Träger der Pflegestützpunkte treffen Vereinbarungen über die notwendigen Kosten für dessen Betrieb und deren Aufteilung im jeweiligen Stützpunktvertrag. Die Kosten der Mitarbeiter im Pflegestützpunkt werden jeweils von den entsendenden Organisationen getragen. Der Anteil der von den Kranken- und Pflegekassen gemeinsam zu tragenden Kosten darf den Finanzierungsanteil der Kommunen nicht überschreiten.

Zur fachlichen Steuerung und Qualitätssicherung der Arbeit von Pflegestützpunkten wird auf Landesebene ein Steuerungsausschuss eingerichtet.

Der Steuerungsausschuss hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Die Festlegung von konzeptionellen Grundsätzen der Stützpunktarbeit unter Berücksichtigung der Bestimmung des Landesrahmenvertrages und der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen,
- Die Festlegung einer Geschäftsordnung zur Regelung des laufenden Betriebes des Pflegestützpunktes, der Zusammenarbeit der Fachkräfte dort, der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung und zur administrativen Führung des Pflegestützpunktes,
- Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung,
- Entwicklung und Umsetzung eines gemeinschaftlichen „Corporate-Design“ und einer gemeinsamen wettbewerbsneutralen Öffentlichkeitsarbeit,
- Entwicklung von Standards zur regionalen Einbindung und Beteiligung,
- Berichterstattung über die Arbeit der Pflegestützpunkte.

Die Gespräche mit den jeweiligen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten wurden zwischenzeitlich von den Verbänden der Pflege- und Krankenkassen sowie den Ersatzkassen aufgenommen. Voraussichtlich werden im Herbst dieses Jahres die ersten Pflegestützpunkte in Hessen ihre Arbeit aufnehmen.

Die Ersatzkassen werden ihren Beitrag dazu leisten, dass die neuen Strukturen mit Leben gefüllt werden, sodass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die notwendige Unterstützung und Beratung erhalten.

Landesbasisfallwert 2009

Ein Drama in 3 Akten

Das Gute vorweg: Die Vertragsparteien auf Landesebene haben einen Wert für den landesweit geltenden Basisfallwert konsentiert. Der Weg zu einer Einigung erfolgte nicht auf geradem Weg, sondern nach Einleitung eines Schiedsverfahrens noch kurz vor dem eigentlichen Schiedsstellentermin.

1. Akt:

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2009 starteten Ende Oktober 2008. Zu diesem Zeitpunkt waren den Beteiligten auf Landesebene die bevorstehenden Änderungen durch den laufenden Gesetzgebungsprozess im Wesentlichen bekannt.

Die Schwierigkeit in einem laufenden Gesetzgebungsverfahren besteht darin, dass im Rahmen der Gesetzesgenese grundlegende Änderungen erfolgen können, die bewirken, dass alle Prämissen unter denen die Verhandlungen geführt wurden infrage zu stellen sind.

Es war ein Ziel der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), einen Landesbasisfallwert 2009 auf der Basis des geltenden Rechtes bis zum Jahresende 2008 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Kassenseite waren grundsätzlich der gleichen Meinung, waren aber in Bezug auf mögliche „Überraschungseffekte“ im Gesetzgebungsverfahren verhalten optimistisch, was den Zeitpunkt eines Abschlusses betraf.

Nach mehreren Verhandlungsrunden haben die Vertragsparteien auf Kassenseite mit Schreiben vom 17.12.2008 im Einvernehmen mit der HKG das Scheitern der Verhandlungen erklärt, da die unterschiedlichen Positionen noch so weit auseinander lagen, dass eine Einigung auf dem Vereinbarungsweg nicht mehr zu erwarten war.

Einig war man sich zu diesem Zeitpunkt bereits über den Betrag, der für die Finanzierung der Ärzte im Praktikum in das Landesbudget bzw. den Landesbasisfallwert einzubeziehen ist. Dieser beträgt für Hessen immerhin ca. 20,5 Mio. Euro. Aber selbst für die Ermittlung dieses Wertes mussten die Vertragsparteien die gesetzlich vorgegebene Berechnungssystematik verlassen. Die Kosten für den AIP wurden bislang als Zuschlag auf den Basisfallwert finanziert. Der Gesetzgeber war deshalb in seiner Überlegung davon ausgegangen, dass die Kosten für die Kassen an dieser Stelle nicht steigen sollten und somit die „insgesamt abgerechneten Zuschläge“ maßgebend sind. Da in Hessen die Budgetverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern nicht immer prospektiv erfolgen, wie es das Gesetz vorsieht, gibt es Krankenhäuser, die mangels einer Vereinbarung noch gar keinen Zuschlag abrechnen, bzw. die Mehrzahl der Krankenhäuser aufgrund der Nachfinanzierungseffekte (Unterjährigkeit) einen wesentlich höheren Zuschlag abrechnen, als es zur Deckung der Kosten eines Jahres notwendig ist.

Deshalb haben sich die Vertragsparteien auf Landesebene darauf verständigt, die mit den einzelnen Krankenhäusern vereinbarten Mehrkosten zugrunde zu legen.

So waren viele Hürden auf dem Weg zu einem sachgerechten Landesbasisfallwert 2009 zu meistern. Insbesondere die stark gestiegenen Fallzahlen und dementsprechend höheren Bewertungsrelationen (Verrechnungseinheit für den LBFW) führen nach Auffassung der Vertreter der Kassen zu einem höheren Ausgabevolumen, welches durch eine Verringerung des Landesbasisfallwertes kompensiert werden muss.

Letztlich ist es dann am 17. Februar 2009, also einen Tag vor dem maßgebenden Schiedsstellentermin den Vertragsparteien doch noch gelungen, einen landesweit geltenden Basisfallwert zu konsentieren.

2. Akt:

Die Halbwertszeit dieses landesweit geltenden Basisfallwertes 2009 war davon abhängig, wann der Spitzenverband Bund mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Rate für die Mehrkosten für die tarifvertraglichen Auswirkungen vereinbaren würde. Nachdem diese Rate in Höhe von 6,24 % vereinbart wurde, trat die HKG mit einer Nachtragsvereinbarung an die Vertragspartner auf Landesebene heran. Laut Gesetzgeber ist der Landesbasisfallwert 2009 um ein Drittel dieser Erhöhungsrates zu erhöhen. Die HKG forderte dabei eine rechnerische Umsetzung der Erhöhungsrates in Form einer Steigerung des Landesbasisfallwertes 2009 um weitere 2,08 %.

Der Gesetzgeber hat nicht differenziert, inwiefern Beträge berücksichtigt werden, die bislang auf der Landes-, bzw. Ortsebene bereits eingeflossen sind. Da die Verhandlungspartner auf Kassenseite davon ausgingen, dass mit der Vereinbarung eines medizinisch leistungsgerechten Basisfallwertes 2009

zzgl. der Beträge für den AIP eine abschließende Finanzierung aller Kosten für 2009 erfolgt ist, gab es mit der HKG keinen Konsens. Verhandlungsspielräume gab es auf beiden Seiten der Vertragsparteien nicht.

So kam es zu einer weiteren Terminierung eines Schiedsverfahrens für den 25.05.2009, um den Streitfall beizulegen. Die Schiedsstelle kam mehrheitlich zu der Auffassung, dass die Erhöhungsrates einmalig basiswirksam weiterzugeben ist.

Die Schiedsstelle hat den LBFW 2009 damit von dem bislang geltenden Zahlbetrag von 2.867,50 € auf einen Zahlbetrag ab dem 01.07.2009 in Höhe von 2.956,99 € katapultiert.

Das Regierungspräsidium in Gießen ist nicht dem Antrag der Krankenkassenseite auf Nichtgenehmigung gefolgt, sondern hat den genannten Zahlbetrag ab dem 01.07.2009 genehmigt.

Unterjährig ergibt sich somit ein Landesbasisfallwert 2009 in Höhe von 2.928,16 €. Dies bedeutet alleine aufgrund der tarifvertraglichen Auswirkungen eine Steigerung des Landesbasisfallwertes 2009 um 59,66 € oder – in absoluten Zahlen ausgedrückt – eine weitere Erhöhung des Erlösbudgets der hessischen Krankenhäuser um 71.890.300 €!

3. Akt:

Die Verhandlungspartner auf Kassenseite stehen zurzeit aktuell vor der Entscheidung, die Genehmigung des RP Gießen zu beklagen.

Die fristgerechte Klageerhebung kann innerhalb von 4 Wochen erfolgen. Ob die Klage dann letztendlich Rechtssicherheit für die Beteiligten bringt, bleibt abzuwarten.

Denn vor Gericht und auf hoher See...

KURZ GEMELDET

Die Ersatzkassen in Hessen fördern die Arbeit der Selbsthilfe in Hessen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung in diesem Jahr mit einem Betrag in Höhe von rd. 485.500,00 Euro.

Die ambulante Hospizarbeit in Hessen erhält für die Koordinierung und Qualifizierung der ehrenamtlichen Mitarbeiter von den Ersatzkassen einen Zuschuss in Höhe von 773.085,81 Euro. Dies entspricht einem Anteil von 41,31 % an der Gesamtförderung durch alle gesetzlichen Krankenkassen in Hessen. Die Fördersumme aller gesetzlichen Krankenkassen in Hessen beläuft sich in diesem Jahr auf 1.871.315,12 Euro und liegt damit um rd. 9 % höher als im Vorjahr.

Mustervertrag zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) mit der Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen (LAPH) abgeschlossen

Der Aufbau einer Spezialisierten Palliativversorgung geht auf die Empfehlung des Europäischen Ministerkomitees des Europarates im Jahr 2003 zurück. Demnach sollen in allen Mitgliedsländern Dienste eingerichtet werden, deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. In der Empfehlung heißt es u.a. – Zitat: „Diese Dienste betreuen in der Regel ein Patientengut mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher ein höheres Maß an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen.“

Für die gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland wurden die Voraussetzungen für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung unter dem Kürzel SAPV mit dem GKV-WSG zum 01.04.2007 geschaffen.

Nach Inkrafttreten der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenversicherung vom Juni 2008 sowie dem von den Ersatzkassen erarbeiteten Mustervertrag für Palliative-Care-Teams (PCT) im Februar 2009 hat die Unterzeichnung der in Hessen ausgehandelten Verträge begonnen; neun Verträge wurden bereits unterzeichnet; die Unterzeichnung weiterer Verträge steht in den nächsten Wochen an.

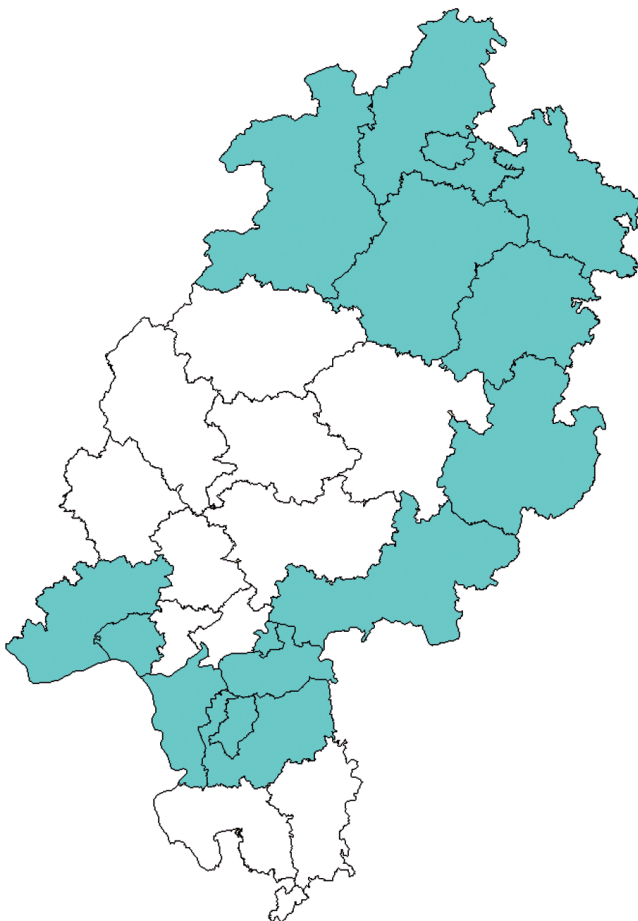
Die jeweils aktuelle Liste der PCTs und deren Versorgungsgebiete ist auf der Homepage der vdek-Landesvertretung Hessen unter www.vdek.com/LVen/HES/PCT_in_Hessen_2009061946726.pdf eingestellt und dort als kostenloser Download verfügbar.

Für die Versicherten der Ersatzkassen in Hessen bedeuten die Vertragsabschlüsse, dass sie im Falle einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung die erforderliche, besonders aufwändige Versorgung erhalten, sodass sie unter häuslichen Bedingungen weiter leben können.

Im PCT arbeiten erfahrene, palliativmedizinisch weitergebildete ÄrztInnen und ebenso erfahrene Pflegefachkräfte mit einer Qualifikation in Palliative Care mit KollegInnen weiterer assoziierter Berufsbilder zusammen.

Durch Vernetzung in die Fläche können von den städtischen Standorten aus auch ländliche Regionen versorgt werden.

Für die gleich gute Versorgungsqualität aller PCT steht der Name der LAPH, mit der die



Grafische Darstellung der mit Palliativ-Care-Teams (PCTs) versorgten Regionen (blau unterlegt) in Hessen. Die Versorgungskonzepte der PCTs in den anderen Regionen (weiß unterlegt) werden derzeit komplettiert und im Laufe des Jahres werden noch weitere Vertragsabschlüsse erfolgen.

PCT	Versorgungsregion
Palliativteam, Hanau Tel.: 0 61 81 / 2 96 - 29 64 Fax: 0 61 81 / 2 96 - 29 61 palliativ@klinikum-hanau.de	Hanau, Main-Kinzig-Kreis im Landkreis Wetterau: Altenstadt, Limeshain, Karben, Niddatal, Bad Vilbel im Stadtgebiet Frankfurt: Bergen-Enkheim im Landkreis Aschaffenburg: Alzenau, Kahl, Karlstein
RKK Kassel Tel.: 05 61 / 30 86 - 5 79 oder - 75 79 Mobil: 0172 536 1347 Fax: 05 61 / 30 86 - 5 74 palliativ@rkh-kassel.de	Kassel, Stadt und Landkreis Landkreis Waldeck-Frankenberg Landkreis Schwalm-Eder Landkreis Werra-Meißner
HSK Wiesbaden Tel.: 06 11 / 43 - 39 10 Fax: 06 11 / 43 - 37 40 ambulan-palliativ@hsk-wiesbaden.de	Wiesbaden und Vororte Rheingau-Taunus-Kreis im Main-Taunus-Kreis: Diedenbergen Hofheim a.T., Hochheim a.M., Flörsheim, Kriftel;
Palliativteam ZAPV GmbH Wiesbaden Tel.: 06 11 / 44 75 40 40 Fax: 06 11 / 44 75 40 41 info@zapv.de	Wiesbaden mit Vororten Rheingau-Taunus-Kreis im Main-Taunus-Kreis: Hofheim a.T., Hochheim a.M., Flörsheim im Kreis Groß-Gerau: Bischofsheim, Ginsheim-Gustavsburg
PCT PalliativNetz Osthessen Tel.: 06 61 / 2 50 06 75 Fax: 06 61 / 9 01 50 17 info@pallnetz.de	Fulda, Stadt und Landkreis angrenzende Regionen
PCT Offenbach Tel.: 0 69 / 84 05 - 46 73 Fax: 0 69 / 84 05 - 46 74 palliativteam@klinikum-offenbach.de	Offenbach, Stadt und Landkreis sowie angrenzend: FFM: Sachsenhausen, Oberrad, Fechenheim, Seckbach; Groß-Gerau, Mörfelden-Walldorf
Ambulantes Palliativteam Darmstadt Tel.: 06151 / 403 2222 Fax: 06151 / 403 1229 palliativteam@eke-da.de	Stadt Darmstadt Landkreis Darmstadt-Dieburg Landkreis Groß-Gerau
DRK-Palliative-Care-Team Kassel 05 61 / 7 29 04 - 0 oder 1 40 05 61 / 7 29 04 - 1 49 PCT@DRK-Kassel.de	Stadt Kassel Landkreis Kassel Kreisteil Wolfhagen
Palliativteam Waldhessen 0 66 21 / 88 22 80 0 66 21 / 88 22 81 palliativteam@klinikum-hef.de	Landkreis Hersfeld-Rotenburg und angrenzende Gemeinden

Tabelle 1: Namen und Adressen sowie Zuständigkeitsbereiche der Palliative-Care-Teams in Hessen

Verträge ausgehandelt wurden. Die LAPH zertifiziert die Versorgungskonzepte und wird auch in Zukunft Partner für die Weiterentwicklung der Versorgung und Vertragsbedingungen sein.

Den Ersatzkassen in Hessen ist es ein wichtiges Anliegen, die Versorgung ihrer Versicherten am Lebensende umfassend und unbürokratisch sicherzustellen. Mit der SAPV als neuer Kombinationsleistung kann nun die Versorgung durch den behandelnden Hausarzt und mit häuslicher Krankenpflege im Bedarfsfall ergänzt werden. Die Verordnung der SAPV erfolgt durch Hausärzte oder Kliniker.

In der Grafik (Seite 7) sind die Regionen (blau) unterlegt, für die bereits ein abgeschlossener Versorgungsvertrag vorliegt. In der Tabelle 1 sind die näheren Angaben zu den Palliative-Care-Teams aufgeführt und deren Zuständigkeitsbereiche aufgelistet.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Hessen des vdek
Walter-Kolb-Str. 9-11
60594 Frankfurt/M.
Telefon: 0 69 / 96 21 68 20
Telefax: 0 69 / 96 21 68 21
Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler
Redaktion: Meinhard Johannides
E-Mail: LV_Hessen@vdek.com