

report rheinland-pfalz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Nov. 2010

ersatzkassen

GKV-Finanzierungsgesetz:

Arbeitgeber und PKV sind die Gewinner

Schon der Name „GKV-Finanzierungsgesetz“ zeigt, dass es bei dieser Reform nicht um eine Strukturreform geht, die an der Versorgung der Patienten, an den Vertragsbeziehungen der Leistungsanbieter oder an dem Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung ansetzt. Es geht schlicht um die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Darüber hinaus stecken im vollen Namen des „Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ gleich zwei Versprechen, die so nicht eingehalten werden.

Die Finanzierung ist zum Einen nicht „nachhaltig“ geregelt. Die Beitragsanhebung um 0,6 Prozentpunkte hilft zusammen mit den befristeten Ausgabenbegrenzungen bei Arzneimitteln, Krankenhäusern, Ärzten und Krankenkassen nur kurzfristig. Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages birgt gleich zwei Probleme für die zukünftige Finanzierung. Die Arbeitgeber sind von ihrer Verantwortung für die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitssystem entbunden, und alle Kostensteigerungen sollen künftig von den Versicherten alleine getragen werden. Zudem ist die Finanzierung des Sozialausgleiches für die niedrigen Einkommen aus Steuermitteln nur kurzfristig mit zwei Milliarden Euro abgesichert. Und die sollen auch noch gleich-

zeitig zum Aufbau einer Liquiditätsreserve dienen. Nachhaltigkeit geht anders.

Die Finanzierung ist aber auch nicht sozial ausgewogen. In dem Gesetz ist eine fortschreitende Zunahme der Finanzierung über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge angelegt. Nur darüber können in Zukunft über die Grundlohnsumme hinaussteigende Gesundheitsausgaben finanziert werden. Durch diese Pauschalen werden aber die Besserverdienenden entlastet. Für Versicherte mit niedrigem Einkommen greift ein recht komplizierter Sozialausgleich erst, wenn sie zu dem allgemeinen Beitragsatz noch zwei Prozent ihrer Löhne und Renten an Zusatzbeiträgen gezahlt haben. Das kann sogar mehr werden, wenn der Zusatzbeitrag ihrer Krankenkasse über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag liegt. Jungen und gesunden Versicherten

In dieser Ausgabe:

- Ein Jahr Notensystem in der Pflege – Interview mit bpa-Präsident Bernd Meurer
- Krankenhausplanung abgeschlossen
- Entwicklung der Arzthonorare
- Selbsthilfepreis für 2009 verliehen

mit einem höheren Einkommen wird zudem der Wechsel in die private Krankenversicherung erleichtert. Alleine die Verkürzung der Wartezeit für einen Wechsel in die PKV wird die Krankenkassen im nächsten Jahr 500 Millionen Euro kosten und danach jährlich mindestens 300 Millionen Euro.

PKV wird gestärkt

Weitere Details der gesetzgeberischen Initiativen machen die Absicht deutlich, in die gesetzliche Krankenversicherung nach und nach Elemente der PKV einzuführen. So will Minister Rösler die Kostenerstattung wesentlich erleichtern, die vorgesehene Mehrkostenregelung bei Rabattverträgen für Arzneimittel ist schon ein Schritt dahin. Es würden dann in Zukunft vermehrt nicht rabattierte Arzneimittel angeboten, für die der Patient in Vorlage treten müsste und die Mehrkosten nicht erstattet bekäme. So werden die Rabattverträge und das Sachleistungsprinzip gleichzeitig ausgehöhlt.

Arbeitgeber werden dauerhaft entlastet

Die Arbeitgeber müssen von der Beitragserhöhung die Hälfte, also 0,3 Beitragspunkte, tragen. Allerdings soll das die letzte Beitragserhöhung für die Arbeitgeber gewesen sein. Deshalb sind auch sie neben der PKV die Gewinner der Reform. An den

steigenden Gesundheitskosten in einer älter werdenden Gesellschaft und den teuren medizinischen Innovationen sind sie in Zukunft nicht mehr beteiligt. Damit dürfte auch das Interesse der Arbeitgeber an einem effizienten Umgang mit den Beitragsgeldern schrumpfen. Die paritätische Finanzierung wird so zu einem Auslaufmodell.

Pharmaindustrie wird geschont

Am Anfang sah es so aus, als würde die Regierung die europaweit einmalige Freiheit der Pharmaindustrie bei der Festsetzung der Medikamentenpreise in Deutschland mit ihrem Arzneimittelpaket wirklich einschränken. Allerdings wurden dann doch Regelungen eingebaut, die die Steuerungsinstrumente wieder abschwächen, zum Teil sogar ins Gegenteil verkehren. So muss in Zukunft der Gemeinsame Bundesausschuss die Unzweckmäßigkeit eines neuen Arzneimittels nachweisen, um es von einer Erstattung auszuschließen. Diese Beweisumkehr stärkt die Pharmaunternehmen, denn ein solcher Nachweis kann von den Kassen gar nicht erbracht werden.

Mit dieser Reform werden wichtige Prinzipien eines solidarischen Krankenversicherungssystems auf Dauer ausgehöhlt. Die paritätische Finanzierung, das Solidar- und das Sachleistungsprinzip werden beschädigt.



Armin Lang, Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

DER KOMMENTAR

Systemänderung durch die Hintertür

Mit ihrer geplanten Gesundheitsreform wird die Koalition aus CDU/CSU und FDP das Gesundheitssystem in Deutschland stärker verändern, als es auf den ersten Blick scheint. Mit den nach oben offenen Zusatzbeiträgen führt sie die Kopfpauschale durch die Hintertür ein. Dies ist nichts weniger als eine Systemänderung, denn die über die Grundlohnsumme hinaus steigenden Gesundheitsausgaben müssen in Zukunft die Versicherten alleine tragen. Damit ist die – schon zuvor etwas ausgehöhlt – paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Versicherten endgültig passé. Auch der äußerst komplizierte und aufwendige

Sozialausgleich, dessen Finanzierung in der Zukunft zudem ungewiss ist, ändert daran nichts. Schleichend, aber zuverlässig, wird so in den kommenden Jahren das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grabe getragen.

Außerdem wird die Wettbewerbssituation der PKV erheblich gestärkt, indem gut verdienende Versicherte schneller in die private Krankenversicherung wechseln können. Mit diesem Hilfspaket für die in Nöten steckende private Krankenversicherung wird die solidarische Krankenversicherung weiter geschwächt. Und schließlich soll auch noch die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter erleichtert werden. Damit werden die Versicherten finanziell überfordert, da sie bei den Rechnungen in Vorlage treten müssen und keinen Schutz mehr gegen überhöhte Preise, die nicht voll erstattet werden, haben. Mit dieser Gesundheitsreform wird eine Systemänderung eingeleitet, die die bewährten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung Solidarität, Parität und Sachleistung mittelfristig außer Kraft setzt. Bleibt zu hoffen, dass diese Gesundheitsreform keinen Bestand hat.

Am Bedarf vorbeigeplant?

Der neue Krankenhausplan für Rheinland-Pfalz

Nun liegt er also vor: der Landeskrankenhausplan 2010. Entstanden ist er auf der Grundlage eines Gutachtens der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung (GEBERA) und er umfasst den Zeitraum bis 2016. Erklärtes Ziel der Planung des Gesundheitsministeriums war es, die Krankenhausversorgung in der Fläche zu sichern, damit allen Menschen im Land auch zukünftig ein möglichst wohnortnahes und qualitativ hochwertiges stationäres Angebot zur Verfügung steht.

Doch ist dies tatsächlich gelungen? Positiv hervorzuheben sind auf jeden Fall die Maßnahmen, die einen Qualitätszuwachs in der stationären Versorgung bewirken. Dazu gehört die Einführung eines Zertifizierungsverfahrens in der Gefäßchirurgie. Künftig dürfen nur noch diejenigen Krankenhäuser, die sich vorab hierfür haben zertifizieren lassen, gefäßchirurgische Leistungen erbringen. Ein solches Verfahren sollte aber auch für andere Leistungsbeiriche, etwa für die Schlaganfalleinheiten, gelten.

Einen weiteren wesentlichen Schritt in Richtung Qualitätssicherung geht das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium mit der Konzentration der

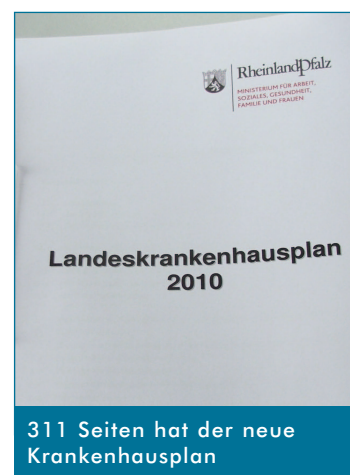
Leistungserbringung bei Behandlungen an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse. Nur so kann in Zukunft sichergestellt werden, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Mindestmengen bei diesen Behandlungen auch flächendeckend erfüllt werden.

Dennoch möchte man dem Ministerium attestieren: Leider zu kurz gesprungen! Es bleibt der Eindruck, dass rheinland-pfälzischen Krankenhäusern in besonderer Weise strukturelle Vorteile verschafft werden sollen, um finanzielle Nachteile zu kompensieren. Der tatsächliche Bedarf in der stationären Versorgung tritt dadurch in den Hintergrund.

Eins muss in diesem Zusammenhang beachtet werden: Die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser sind im Bundesvergleich finanziell besonders gut gestellt. Der Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz ist bundesweit der höchste. Daher wären Maßnahmen zum Abbau paralleler Leistungsschwerpunkte und von (Über-)Angeboten, wie sie derzeit z. B. in der Kardiologie oder der Knie-Endoprothetik vorzufinden sind, zwingend erforderlich gewesen. Nur so können Fehlallokationen, Qualitätseinbußen und Unwirtschaftlichkeiten vermieden werden.

Sicherlich muss berücksichtigt werden, dass Rheinland-Pfalz ein Flächenland ist und dass die Versorgung auch in ländlichen Gebieten sichergestellt sein muss. Dennoch: Mit dem nun geplanten Bettenabbau in der Größenordnung von 760 Betten werden nicht einmal ein Viertel der Krankenhausbetten reduziert, die das extern eingeholte Gutachten der GEBERA als sachgerecht erachtet hatte.

Was der neue Plan tatsächlich bringt, wird sich in allen Einzelheiten erst im Zeitablauf zeigen. Messlatte ist vor allem: Der Wettbewerb zwischen den Häusern darf heute und zukünftig nicht dazu führen, dass Krankenhäuser knallhart um Patienten konkurrieren – ohne Rücksicht auf Qualität, Bedarf und Finanzierbarkeit.



DIE WESENTLICHEN PUNKTE DES PLANS IM ÜBERBLICK:

- Verzicht auf den Ausweis von Hauptfach- und Belegabteilungen, nur noch Festlegung von Fachrichtungen und Bettenzahl
- Vereinfachte Bildung von Verbundkrankenhäusern
- Modellprojekt zur Erprobung interdisziplinärer Versorgungsstrukturen in der Glantalklinik Meisenheim
- Konzentration der Leistungserbringung bei Erkrankungen an Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse
- Zertifizierungsverfahren in der Gefäßchirurgie
- Abbau von ca. 760 Krankenhausbetten, Aufbau von gut 250 tagesklinischen Plätzen, Umwandlung von bis zu 570 bestehenden in geriatrische Betten, davon 260 Betten in geriatrischen Hauptfachabteilungen in Mainz, Trier, Koblenz und Ludwigshafen und bis zu 310 Betten im geriatrischen Schwerpunkt innerhalb der Fachrichtung ‚Innere Medizin‘

Viel diskutiert – und viel genutzt: Das Notensystem in der Pflege

Vor etwas mehr als einem Jahr fiel der Startschuss: Ab 1. September 2009 wurden die ersten Transparenzberichte zur Beurteilung der Qualität der Leistungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Internet veröffentlicht. Der vdek war sofort an vorderster Front dabei: mit seinem Internetportal www.pflegelotse.de. Was hat sich seitdem in der Pflegelandschaft verändert? Was läuft gut, wo kann noch nachgebessert werden? Zeit für eine erste Zwischenbilanz.

Legt man den Fokus zunächst auf die eigentliche Zielgruppe der Transparenzberichte, nämlich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, so lässt sich eindeutig feststellen: Die Pflegenoten werden zur Orientierung genutzt, und Betroffene bekommen dadurch Informationen, die sie dringend zur Auswahl eines geeigneten Heimes oder Pflegedienstes benötigen.

18 Millionen Klicks auf den vdek-PflegeLotsen

Der Beleg: Alleine 18 Millionen Mal (Stand 30.9.2010) haben Ratsuchende den vdek-PflegeLotsen genutzt, um eine geeignete Einrichtung zu finden oder sich über die Qualität eines Leistungserbringers zu informieren. Um die neu gewonnene Transparenz zu erhalten bzw. noch weiter zu optimieren, wird das Internetportal des vdek ständig weiterentwickelt. Nutzerfreundlichkeit und Übersichtlichkeit können so kontinuierlich verbessert werden.

Auch aus Sicht der Einrichtungen fällt die Bilanz unter dem Strich durchaus positiv aus: Viele nutzen das neue Instrument konsequent, um ihr Qualitätsmanagement weiter auszubauen, und stellen sich damit bewusst dem neu initiierten Qualitätswettbewerb. Das zeigen auch die Kommentare, die die Einrichtungen zusammen mit den Pflegenoten im Internet veröffentlichen können – hier finden sich vielfach Anmerkungen, die sich konstruktiv und selbstkritisch mit dem Prüfverfahren bzw. mit einem schlechten Abschneiden in einzelnen Bereichen beschäftigen. Fazit also auch in diesem Punkt: Die Transparenzberichte liefern wertvolle Hinweise für Einrichtungen, wo Verbesserungspotenziale schlummern und helfen ihnen damit auch, im Wettbewerb zu bestehen.

Rechtsprechung mit deutlichem Trend

Dann ist da noch die juristische Seite: Unbestritten werden mit einem solchen Qualitätswettbewerb auch wirtschaftliche Interessen einzelner Einrichtungen berührt, und es war zu erwarten, dass sich vereinzelt – im tatsächlichen Umfang von gerade einmal zwei Prozent – Einrichtungen auf dem Rechtsweg gegen eine Veröffentlichung ihrer (zumeist schlechten) Beurteilung wehren. Auch wenn Urteile der ersten Instanz mal für die Einrichtungen, mal für die Pflegekassen ausgegangen sind: In der zweiten Instanz kann man bereits von einem deutlichen Trend zugunsten der Pflegekassen sprechen. Mit anderen Worten: Auch bei Justitia schlägt die Waage zugunsten der Pflegenoten aus.

Weiterentwicklung des Systems notwendig

Dennoch wäre es falsch, die Hände in den Schoß zu legen, und dies tut auch niemand. Denn nichts ist so gut, dass es nicht noch verbessert werden könnte. Erste Maßnahmen sind diesbezüglich schon ergriffen worden: So hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bereits interne Qualitätsmaßnahmen eingeleitet, um dafür Sorge zu tragen, dass es nicht aufgrund eines unterschiedlichen Prüfverhaltens in den Ländern zu Unterschieden in der Bewertung kommen kann – wengleich, nebenbei bemerkt, für den einzelnen Versicherten ein Vergleich der Landesdurchschnitte gar nicht relevant ist, sondern vielmehr die Benotung von konkreten Einrichtungen, für die er sich interessiert.

Ebenfalls ist ins öffentliche Bewusstsein gerückt, dass die Gesamtnote alleine kein Entscheidungskriterium sein sollte. Vielmehr müssen auch die Einzelnoten beachtet werden. Nachbesserungsbedarf sehen die Ersatzkassen hier vor allem bei der Gewichtung einzelner Kriterien: So sollten sehr bedeutsame Qualitätskriterien, wie etwa die Wundversorgung oder die Kontrakturenprophylaxe, in Zukunft stärker berücksichtigt werden.

Letztlich vermögen auch die Transparenzberichte nur einen, wenn auch wertvollen, Anhaltspunkt von vielen liefern. Den persönlichen Besuch in einer Einrichtung und die Beratung durch die Pflegekassen können sie heute und in Zukunft aber nicht ersetzen.

„Die Bilanz fällt weitgehend positiv aus.“

Interview zum Notensystem mit Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) und Vorsitzender der bpa-Landesgruppe Rheinland-Pfalz



Bernd Meurer Foto: bpa

▼ Ein Jahr Pflegenoten – Herr Meurer, wie sieht Ihre Bilanz nach 12 Monaten aus?

▲ Der vorliegende wissenschaftliche Bericht zum System bestätigt: Weder national noch international gibt es kurzfristige Alternativen zum Pflegenotensystem. Wenn sich Verbraucher über die Leistungsqualität von Heimen und Pflegediensten verständlich, übersichtlich sowie vergleichbar informieren wollen, bieten die Pflegenoten eine gute Orientierung. Die Bilanz fällt also weitgehend positiv aus. Natürlich gibt es noch Optimierungsbedarf.

▼ Ein wesentliches Ziel des sogenannten Pflege-TÜVs war es, mehr Transparenz für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu schaffen. Ist dies aus Ihrer Sicht erreicht? Wie sehen das die Pflegeeinrichtungen?

▲ Wir verfügen heute erstmals über eine nie dagewesene Transparenz über die Qualität der Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Angehörige und Pflegebedürftige können sich über die Bewertung der einzelnen Bereiche sowie die Gesamtnote auf einen Blick informieren. Sie können entscheiden, was ihnen besonders wichtig ist, und sich die Ergebnisse jeder einzelnen Frage mit einem Klick genau ansehen. Einige Pflegeeinrichtungen fühlen sich aufgrund der übermäßigen Bewertung von einzelnen Dokumentationsmängeln durch den MDK, ohne dass tatsächliche Pflegemängel vorliegen, zu Recht unzureichend bewertet. Die Pflegeeinrichtungen wollen an ihrer Ergebnisqualität und dem, was bei den Bewohnern und Kunden ankommt, gemessen werden.

▼ Wie bewerten Sie im Einzelnen die Aussage der Wissenschaftler für eine Weiterentwicklung des Notensystems?

▲ Im Gutachten wird klargestellt, dass wesentliche Grundlagen wissenschaftlich erarbeitet werden müssen, um die Prüfung von Ergebnis- und Lebensqualität voranzutreiben und eine weitere Optimierung

lang-, mittel- und kurzfristig vornehmen zu können. Das Grundgerüst zur Erfassung der Qualität hat sich damit in der Praxis bewährt. Entsprechend den vorliegenden Prüfergebnissen ist belegt, dass der weit überwiegende Teil der Einrichtungen eine gute Note erreicht und trotzdem eine Notenverteilung auf alle Noten gegeben ist. Zu den einzelnen erforderlichen Anpassungen können jetzt die nötigen systematischen Entscheidungen getroffen und die erforderlichen Schritte eingeleitet werden.

▼ Was schlägt der bpa zur zielgerichteten Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarung vor?

▲ Die Überprüfung von Qualität und Leistungen vorrangig anhand der Pflegedokumentationen muss kritisch betrachtet werden. Die Dokumentation darf nicht überhand nehmen, vielmehr muss der Pflegezustand und die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen im Vordergrund stehen. Daher muss auch die Kunden- bzw. Bewohnerbefragung als ein wesentliches Prüfelement unbedingt bestehen bleiben. Auch müssen die Pflegenoten die geleistete Pflege und Betreuung in ihren tatsächlichen Schwerpunkten wiedergeben. Hierfür werden aussagekräftige Stichproben benötigt. Wir fordern außerdem die Abschaffung der Gesamtnote, damit der Blick auf die zentralen Einzelergebnisse gerichtet werden kann. Das würde auch den kritisierten Ausgleich von einrichtungs- und kundenbezogenen Kriterien beseitigen. Populistischen Beispielen, die suggerieren, der Ernährungszustand könne mit Schulungen zur ersten Hilfe kompensiert werden, wäre der Boden entzogen.

▼ Herr Meurer, Sie sind auch Vorsitzender der bpa-Landesgruppe Rheinland-Pfalz. Wie bewerten Sie die Pflegequalität im Land?

▲ Unsere Pflegekräfte leisten unter höchst schwierigen Bedingungen in aller Regel eine gute Pflege.

▼ Was würden Sie Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen raten, wenn sie heute eine geeignete Pflegeeinrichtung, z. B. über den vdek-Pflege-Lotsen, suchen?

▲ Ich rate allen, den Blick nicht nur auf die Gesamtnote zu richten. Weit aussagekräftiger für den individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf sind die Einzelbenotungen der unterschiedlichen Leistungsbereiche. Gehen Sie in die Einrichtungen, machen Sie sich selbst ein Bild von der Situation vor Ort und reden Sie mit den dort ein- und ausgehenden Menschen.

Rheinland-Pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen zum dritten Mal verliehen

Platz eins für Westerwälder Selbsthilfegruppe
 „Tu Was! Mutig – beherzt – optimistisch“

Im Rahmen eines Festaktes in der Alten Patrone in Mainz wurde Ende Februar 2010 unter Mitwirkung von Gesundheitsministerin Malu Dreyer der „Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ für das Jahr 2009 verliehen. Gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP) würdigen die Ersatzkassen damit das herausragende Engagement der Akteure in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.



Preisträger und Mitwirkende bei der Verleihung des Rheinland-Pfälzischen Selbsthilfepreises der Ersatzkassen für 2009
 Foto: Sämmer

Der Preis, so Armin Lang, Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, sei auf dem besten Weg, zu einer festen Institution in Rheinland-Pfalz zu werden. Ministerin Dreyer begrüßte, dass mit diesem Preis Menschen geehrt werden, die sich ehrenamtlich für sich und andere einsetzen. Ein solches Engagement sei für die Gesellschaft ein großer Schatz, der gepflegt werden müsse.

Weit mehr als 3.500 Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz waren zur Teilnahme am Selbsthilfepreis aufgerufen. Die achtköpfige Jury, bestehend aus Vertretern des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe, beeindruckte das unermüdliche, beispielhafte und kreative Wirken der diesjährigen Preisträger, die durch gelebte Mitmenschlichkeit Kraft geben und Mut machen zum Leben mit Dauererkrankungen und Behinderungen.

Der erste Preis mit einem Preisgeld von 1.000 Euro ging an „Tu Was! Mutig – beherzt – optimistisch“, eine Westerwälder Selbsthilfegruppe für HIV- und AIDS-Betroffene. Die Gruppe wurde ausgezeichnet für ihr beispielloses Engagement im Umgang mit einer unheilbaren Krankheit, häufig

verbunden mit gesellschaftlichen Vorurteilen und sozialer Ausgrenzung. Die Gruppe begreift die Krise als Chance, und sie verbreitet diese Einstellung auch in ihren Aktivitäten, etwa in den wohl bundesweit einmaligen, regelmäßig stattfindenden und durch Sponsoren finanzierten Wochenendseminaren der Begegnung für HIV- und AIDS-Erkrankte und ihre Angehörigen.

Platz 2 war mit 750 Euro dotiert und er ging an die MS-Selbsthilfegruppe Cochem-Zell. Sie gestaltet einmal pro Jahr auf 1.500 m² im Weinberg mit Sägemehl ein überdimensionales Kunstwerk, das jedes Jahr mit einem neuen Motiv auf die Krankheit Multiple Sklerose (MS) hinweist. Die Aktion ist inzwischen zu einem großen Ereignis in der Region geworden, und sie soll Betroffenen immer wieder Mut zusprechen.

Der dritte Platz mit 500 Euro Preisgeld ging gemeinsam an Willi Koller und Thomas Lehn, beide im Vorstand der Dialysepatienten Mainz e. V. Beide sind seit Jahrzehnten Dialysepatienten, und sie engagieren sich trotz dieser Erkrankung in herausragender Weise für die Nierenkranken, sogar weit über Rheinland-Pfalz hinaus. So lassen beide in zahlreichen Aktionen und Vorträgen andere Betroffene immer wieder an ihrem erworbenen Wissen und ihren gesammelten Erfahrungen teilhaben.

Ein Sonderpreis mit einem Preisgeld von 250 Euro ging an den Motorradclub Schifferstadt (MRC), der seit über einem Viertel Jahrhundert die Patenschaft für die MS-Selbsthilfegruppe Schifferstadt übernommen hat. Der Club hat für die Selbsthilfegruppe eine „Schutzengelfunktion“ und steht ihr zur Seite, wann immer sie Hilfe benötigt – sei es bei der Organisation von Grillfesten oder bei Alltagsproblemen der MS-Erkrankten.

BITTE VORMERKEN

Am Samstag, den 29.1.2011, wird der „Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ für das Jahr 2010 verliehen. Der genaue Ort und die Uhrzeit werden noch bekannt gegeben. Regelmäßige Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter www.vdek.com/LVen/RLP/index.htm.

Der Winter kann kommen...

Ersatzkassenversicherte haben auch in diesem Jahr wieder Anspruch auf eine kostenfreie Gripeschutzimpfung

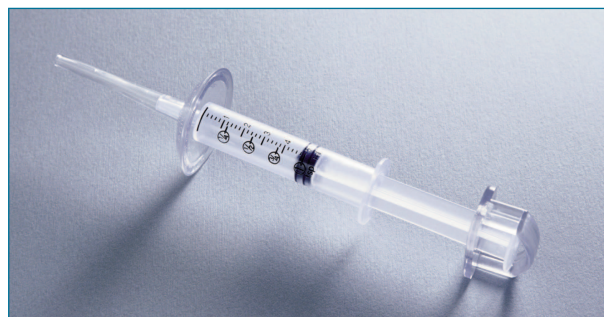
Auch für die Impfsaison 2010/2011 gilt: Alle Ersatzkassenversicherten, die sich gegen Grippe impfen lassen wollen, erhalten wie gewohnt unbürokratisch und kostenfrei ihre Schutzimpfung. Dies regelt eine Vereinbarung, die die vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz getroffen hat.

Diese gesonderte Regelung mit der Kassenärztlichen Vereinigung für die diesjährige Impfsaison war notwendig geworden, nachdem die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen hatte, nur sogenannte Risikopatienten gegen die saisonale Grippe zu impfen. Hierzu zählen insbesondere über 60-Jährige, Schwangere im späteren Verlauf der Schwangerschaft, chronisch Kranke und Menschen, die aufgrund ihres Berufs ein erhöhtes Ansteckungsrisiko haben, etwa medizinisches Personal.

Da die Krankenkassen nur an diese Impfpflicht gebunden sind, sind sie nicht verpflichtet, die Gripeschutzimpfung auch für weitere Personengruppen anzubieten. Die Ersatzkassen gehen hier aber bewusst weiter: Jeder Ersatzkassenversicherte

kann sich – völlig unabhängig von seinem Gesundheitszustand – gegen Grippe impfen lassen, und zwar ohne dafür extra zu bezahlen und ohne für die Kosten in Vorleistung zu treten.

Im Übrigen kommt diese Regelung auch den Ärzten zu Gute: Sie erhalten pro Impfung eine Pauschale, die sie direkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen – und damit gleichzeitig Planungssicherheit für die diesjährige Impfsaison.



Unbürokratisch und ohne Zuzahlung: die Gripeschutzimpfung 2010/2011 für Ersatzkassenversicherte.

Darf's noch ein bisschen mehr sein?

Erneuter Honorarzuwachs für Ärzte von fast 50 Millionen Euro

Da müssten jenseits der Saarstraße in Mainz bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) doch eigentlich die Korken geknallt haben: Am 5. Oktober beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der Krankenkassen eine Erhöhung des ärztlichen Honorars in 2011 um insgesamt mehr als eine Mrd. Euro – und schenkte damit den rheinland-pfälzischen Ärzten einen kräftigen zusätzlichen Schluck aus der Honorarpulle ein. Denn sage und schreibe an die 50 Millionen Euro kommen nun on top bei den Doktores im Land an.

„Asymmetrische Honorarverteilung“ heißt das Zauberwort, das diesen zusätzlichen Honorarsegen beschert. Diese soll denjenigen KVen, die unter der Honorarreform 2009 besonders „gelitten“ hatten – sprich: weniger Mehr bekommen haben – eine gewisse Entschädigung bringen. Für Rheinland-

Pfalz fällt dieses Trostpflaster ganz beachtlich aus: insgesamt 9,6 Prozent Steigerung in den ersten drei Quartalen 2008 und 2009 und nun 3,5 Prozent mehr in 2011. Eine Entwicklung, von der andere Berufsgruppen nur träumen können!

Und die Reaktion der hiesigen KV? Eher verhalten. Zwar sei dies, so wörtlich, ein Schritt in die richtige Richtung, allerdings sei man immer noch weit von einem festen Preis und einer verlässlichen Vergütung entfernt. Da stellt sich doch zunehmend die Frage: Wäre es nicht langsam an der Zeit, dass sich hier so etwas wie Zufriedenheit einstellt?

Übrigens: Die Effekte durch die höhere Grundlohnsumme in 2011 sind hier noch gar nicht berücksichtigt. Maß halten dürfte also in jedem Fall angezeigt sein!

KURZ NOTIERT

- **Selbsthilfegruppen gefördert:** Auch 2010 haben die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz wieder gemeinsam die Selbsthilfegruppen im Land im Rahmen der Pauschalförderung finanziell unterstützt. 332.000 Euro gingen an die regionalen Selbsthilfegruppen, nahezu 250.000 Euro bekamen die Selbsthilfe-Organisationen auf Landesebene und mit rund 300.000 Euro wurden die Selbsthilfe-Kontaktstellen in Rheinland-Pfalz gefördert.
- **Abrechnungsbetrug gezielt angegangen:** Um Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen in Zukunft noch zielgenauer zu begegnen, haben sich die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und im Saarland auf eine enge Zusammenarbeit verständigt. In einem Kooperationsvertrag verpflichten sie sich, insbesondere gegen Abrechnungsbetrug gemeinsam vorzugehen. Die länderübergreifende Kooperation ist besonders wichtig, weil sich die Trägerstrukturen von Leistungserbringern oft über beide Bundesländer erstrecken.
- **DMP KHK ergänzt:** Die Behandlung chronisch herzkranker Menschen in Rheinland-Pfalz wird weiter verbessert. Patienten, die an einer koronaren Herzkrankheit (KHK) und zugleich an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden, werden nun noch umfassender und gezielter medizinisch versorgt. Das strukturierte Behandlungskonzept – auch Disease-Management-Programm (DMP) genannt – haben die Betriebskrankenkassen, die Ersatzkassen, die IKK Südwest, die Landwirtschaftliche Krankenkasse und die Knappschaft gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) und hiesigen Krankenhäusern um dieses Modul entsprechend ergänzt.
- **Organspenden angestiegen:** Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) belegt die Region Mitte (das sind Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland) im Regionenvergleich der Organspendequote nach den bisherigen Ergebnissen für das Jahr 2010 den zweiten Platz, im Hinblick auf die Anzahl der Spendeorgane pro Mio. Einwohner wird sogar Platz eins erreicht. Diese Entwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass bundesweit immer noch deutlich weniger Organe zur Verfügung stehen, als tatsächlich benötigt werden.

Neues aus der vdek-Landesvertretung

Alles neu macht der Mai ...

Bereits seit Ende Mai 2010 hat die vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz neue Räumlichkeiten bezogen.

Die neue Adresse lautet:

vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 · 55130 Mainz
Telefonnummern und E-Mail-Adressen bleiben unverändert.

Präqualifizierungsstelle des vdek

Ebenfalls im Mai 2010 hat der vdek einen Antrag auf Benennung als Präqualifizierungsstelle beim GKV-Spitzenverband gestellt. Zum Hintergrund: Mit der Einführung des Präqualifizierungsverfahrens wird das bisherige Zulassungsgeschäft im Hilfsmittelbereich neu strukturiert. Damit nicht jede einzelne Krankenkasse vor Vertragsabschluss mit einem Leistungserbringer prüfen muss, ob dieser zur Abgabe des Hilfsmittels geeignet ist, werden unabhängige

Stellen geschaffen, die solche Eignungsprüfungen vorab durchführen. Dies sind die sogenannten Präqualifizierungsstellen.

Der vdek baut mit der Präqualifizierungsstelle einen neuen Service für Leistungserbringer auf. Bewährte Strukturen, die jahrelange Erfahrung der Mitarbeiter im Hilfsmittel-Zulassungsgeschäft sowie die regionale Präsenz des vdek vor Ort sind entscheidende Vorteile für jeden Leistungserbringer. In Rheinland-Pfalz stehen die bekannten Ansprechpartner beim vdek selbstverständlich weiterhin zur Verfügung.

Bis die ersten Präqualifizierungsstellen voraussichtlich im Dezember 2010 benannt sind, führt der vdek die Qualitätsprüfungen wie bisher in gewohnter Weise durch.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Rheinland-Pfalz des vdek
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22
55130 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 9 82 55-0
Telefax: 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail: lv-rheinland-pfalz@vdek.com
Redaktion: Dr. Tanja Börner
Verantwortlich: Armin Lang