C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE **VDEK** Zukunftspreis 2012 nach Hessen | **PFLEGE** Häusliche Pflege | **KRANKENHÄUSER** Landesbasisfallwert 2013 | **PRO UND CONTRA** „Pflege-Bahr“ | **VERORDNUNGEN** Arznei-/Heilmittel 2013

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2013

AUS DEM VDEK

Hessischer Preisträger des vdek-Zukunftspreises 2012

FOTO www.bestechend.de

PREISTRÄGER vdek-Zukunftspreis 2012

Die „Hausärztliche Leitliniengruppe Hessen“ erhielt den mit 15.000 Euro dotierten ersten Preis im Rahmen des „vdek-Zukunftspreises 2012“. Bereits im Januar übergab der Verbandsvorsitzende des vdek, Christian Zahn, den Preis im Rahmen einer Feierstunde in Berlin an Frau Dr. Ingrid Schubert (PMV forschungsgruppe, Uni Köln), langjährige Moderatorin und wissenschaftliche Begleiterin der „Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen“.
Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, gratulierte den Preisträgern beim Treffen der Arbeitsgruppe am 13. März 2013 in Frankfurt am Main.
Der vdek-Zukunftspreis wird seit 2010 jedes Jahr vergeben und ist jeweils mit insgesamt 20.000 Euro dotiert. 2012 stand der Zukunftspreis unter dem Motto „Versorgungsideen bei Multimorbidität“.

PFLEGEMANAGEMENT

Pflegeberatung – eine neue Regelleistung zur Stärkung der häuslichen Pflege

Seit dem Jahresbeginn 2009 haben Pflegebedürftige in Deutschland einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Träger sind die Pflegekassen, die die Beratung vor Ort und dabei ggf. in Kooperation mit vorhandenen Beratungsangeboten zum Beispiel in Pflegestützpunkten erbringen sollen.

Text: Ulrich Schneekloth, TNS Infratest Sozialforschung

Die Einführung dieses neuen Leistungsanspruchs gemäß § 7a SGB XI stellt sich als eine fachlich fundierte und leistungsfähige Antwort auf die Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen dar. Insbesondere ein individuelles Fallmanagement kann dabei einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Qualifizierung der Pflege und Teilhabe und zur Entlastung Angehöriger leisten. Dies belegen die Ergebnisse einer im letzten Jahr im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hierzu vorgelegten Evaluationsstudie.

Etwa 1,76 Mio. Menschen und damit 70 % von rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen mit Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung werden in Deutschland häuslich versorgt (Amtliche Pflegestatistik, Stand 2011). 94 % und damit so gut wie alle Pflegebedürftigen in Privathaushalten werden regelmäßig und hierbei in einem erheblichen zeitlichen Umfang von eigenen Angehörigen betreut. Diese übernehmen im häuslichen Pflegearrangement damit die Rolle der Hauptpflegeperson. Professionell im Rahmen der Pflegeversicherung erbrachte Versorgungsleistungen nehmen – ergänzend zur privat erbrachten Pflege und Betreuung – nicht mehr als 33 % der Pflegehaushalte in Anspruch. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen in Privathaushalten wird demnach ausschließlich privat und informell ohne ergänzenden Rückgriff auf professionell erbrachte Leistungen betreut.

Pflegeberatung kann im System der pflegerischen Versorgung eine wichtige Brücken- und Vermittlungsfunktion übernehmen. Dies gilt sowohl im Vorfeld und hierbei insbesondere beim unmittelbaren Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Hier kommt es häufig ad hoc darauf an, eine angemessene Lösung zu finden, die dem pflegerischen Bedarf gerecht wird, ohne die pflegebedürftige Person in Ihrem Anspruch auf Selbstbestimmung und

→

KOMMENTAR

Versorgung besser organisieren

FOTO www.bestechend.de

von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

Die Lebenserwartung steigt stetig, in Hessen beträgt sie nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bereits fast 90 Jahre. Faktoren hierfür sind vor allem eine bessere Gesundheit im Alter und die weiter zurückgehende Sterblichkeit bei Säuglingen. Dies bedeutet auch, dass wir uns stärker mit der Frage auseinandersetzen müssen, wie Menschen in hohem Alter bedarfsgerecht versorgt werden können. Die Familie als selbstverständlicher Kümmerer existiert nach wie vor, löst sich jedoch vor allem in den Städten mehr und mehr auf. Deshalb ist es im Grundsatz auch richtig, Leistungen für die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung bereit zu stellen. Neue Instrumente sollten dabei jedoch im voraus auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Die Krankenkassen haben auch in der Vergangenheit ihre Versicherten in Sachen Pflege beraten und eine wichtige Lotsenfunktion übernommen. Die Inanspruchnahme dieses Beratungsangebots durch die Versicherten kann weiter intensiviert werden, damit die pflegerische Versorgung älterer Menschen noch besser organisiert werden kann.
Zur Absicherung eine private Pflegezusatzversicherung einzuführen, die in großen Teilen von den Versicherten selbst ohne Ansehen der Vermögensverhältnisse finanziert werden muss, ist jedoch ein fragwürdiger Lösungsweg.

→

Selbständigkeit zu übergehen und ohne damit gleichzeitig die Angehörigen zu überfordern. Darüber hinaus kann Pflegeberatung die Versorgung aber auch langfristig begleiten und dadurch helfen, das gewünschte und gewählte Arrangement nachhaltig zu stabilisieren. Besonders wichtig ist, mit dem Angebot der Pflegeberatung diejenigen Pflegehaushalte zu erreichen, in denen die Versorgung ausschließlich privat und damit informell erbracht wird. Hierbei handelt es sich, wie bereits oben angesprochen, um zwei Drittel alle Haushalte, in denen pflegebedürftige Menschen leben. Grundsätzlich richtet sich der Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung aber an alle Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder aber beantragt haben und dabei einen erkennbaren Hilfebedarf aufweisen unabhängig davon, ob es sich um eine häusliche oder um eine stationäre Versorgung handelt. Voraussetzung für die Wirksamkeit ist allerdings, dass die Pflegeberatung von den Betroffenen als nützlich betrachtet und entsprechend angenommen wird.

Pflegeberatung wirkt

Insgesamt 45 % der im Rahmen der Evaluationsstudie im Jahr 2011 repräsentativ befragten Pflegehaushalte berichten, schon einmal, gegebenenfalls auch vor dem Inkrafttreten des neuen Rechtsanspruches nach § 7a, eine ausführliche Beratung im Zusammenhang mit der (häuslichen) Pflege in Anspruch genommen zu haben (Nutzer von Pflegeberatung) – 30 % als Beratungsklienten und 15 % als Fallmanagementklienten. Weitere 42 % haben sich schon einmal bei entsprechenden Stellen informiert (Informationsklienten), allerdings ohne ausführliche Beratung. 13 % geben an, bisher keinerlei Kontakt zu Beratungsstellen gehabt zu haben.

Aus der Sicht der Nutzer ist die Pflegeberatung mehrheitlich mit positiven Effekten verbunden. Dies trifft insbesondere auf die Beratungsprozesse zu, die durch ein individuelles Fallmanagement

FOTO www.bestechend.de

ULRICH SCHNEEKLOTH,
Senior Director und Forschungsbereichsleiter bei TNS Infratest Sozialforschung

gekennzeichnet sind. 49 % der Pflegehaushalte, die eine individuelle Pflegeberatung genutzt haben, fanden die Beratung sehr hilfreich, weitere 39 % eher hilfreich. Bemerkenswert ist, dass sogar 25 % der Nutzer – und dabei sogar 41 % der Fallmanagement-Klienten – berichten, dass sich in Folge der Beratung ihre häusliche Pflegesituation sehr verbessert sowie weitere 42 % – und hierbei ebenfalls 41 % der Fallmanagement-Klienten –, dass sich ihre Situation dadurch eher verbessert hat.

Generell gilt, dass die Beratung eine möglichst breite Angebotspalette im Hinblick auf alle relevanten Leistungen, Hilfen und lokal vorhandenen Unterstützungsangeboten umfassen sollte und dass dabei die jeweils besonderen individuellen Problemlagen, die den Pflegebedarf und die Versorgungssituation kennzeichnen, im Mittelpunkt stehen müssen. Hierbei sollte die Pflegeberatung konsequent die Bedürfnisse und Bedarfe sowie den Alltag der Menschen mit Pflegebedarf und deren (pflegender) Angehöriger als Dreh- und Angelpunkt begreifen, deren Perspektiven zum Ausgangspunkt nehmen und gezielt und systematisch deren Gestaltungskompetenzen stärken (Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit und Empowerment). Aus der Nutzerperspektive wird Pflegeberatung darüber hinaus dann als besonders wirkungsvoll empfunden, wenn diese konsequent an den Interessen der pflegebedürftigen Person und deren Angehöriger ansetzt, zum Beispiel, wenn der Pflegeberater als

unabhängiger Ansprechpartner fungiert und dabei die Anliegen und Interessen der Pflegebedürftigen gegenüber sonstigen Dritten, wie etwa Kostenträgern und Leistungserbringern, aktiv aufgreift und vertritt (advokatorische Funktion).

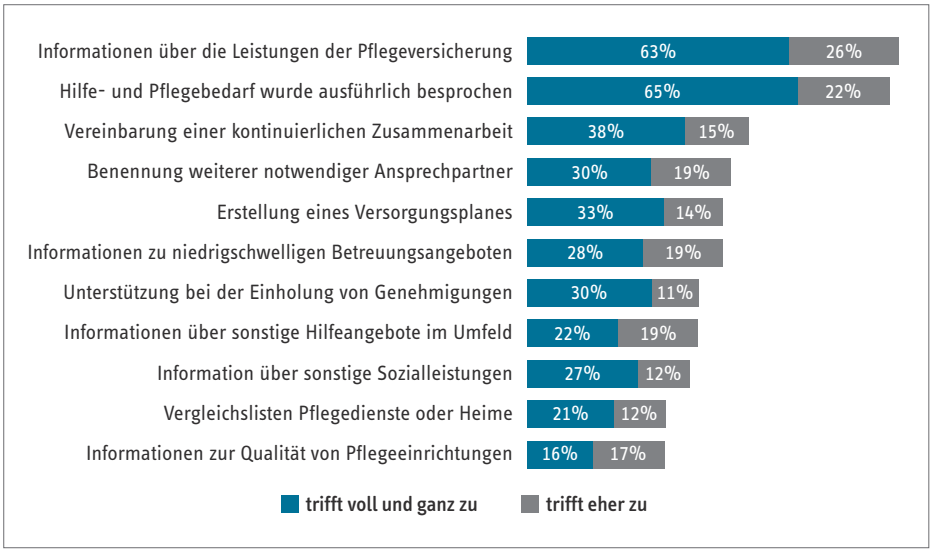
Informationsdefizite nach wie vor vorhanden

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen allerdings ebenfalls, dass viele Menschen mit Pflegebedarf das neue Angebot der Pflegeberatung noch immer nicht gut genug kennen oder nicht wissen, wo und wie sie im Wohnumfeld oder auf andere Weise eine individuelle und unabhängige Beratung nutzen können. 31% der Pflegehaushalte, die nach eigener Auskunft bisher keine individuelle Pflegeberatung genutzt haben, berichten, dass Ihnen nicht bekannt (gewesen) sei, dass sie einen derartigen Leistungsanspruch haben. 38% dieser Gruppe verweisen darauf, dass sie nicht wüssten, wo sie sich beraten lassen könnten. Auffällig ist darüber hinaus, dass mit 52% jeder zweite dieser Pflegehaushalte darauf verweist, dass bisher auch deshalb keine ausführliche Beratung genutzt wurde, weil die Meinung vorherrscht, dass dies ihnen bei ihren Problemen nicht weitergeholfen hätte. Diese Einschätzung steht in markantem Gegensatz zu der positiven Bewertung, die diejenigen Pflegehaushalte abgeben, die eine ausführliche individuelle Beratung genutzt haben. 38% verweisen als Begründung darauf, dass ihnen in Anbetracht der häuslichen Belastung für die Inanspruchnahme von Beratung die Zeit fehlen würde. 37% der Gruppe der Nicht-Nutzer machen Vorbehalte geltend, zum Beispiel, dass solche Beratungen ja nicht unabhängig wären oder das man zu Dingen gedrängt würde, die man eigentlich nicht will und 27% der Nicht-Nutzer geben an, dass Sie es für sich als schwierig empfinden, mit Fremden über ihre häusliche Pflegesituation zu reden. Fehlende Wirksamkeitserwartungen im Verbund mit fehlenden Informationen insbesondere auch darüber, dass die Beratung niederschwellig angelegt oder auf Wunsch zu Hause stattfinden kann, wirken ganz offensichtlich als Barrieren, die einer Inanspruchnahme entgegen stehen.

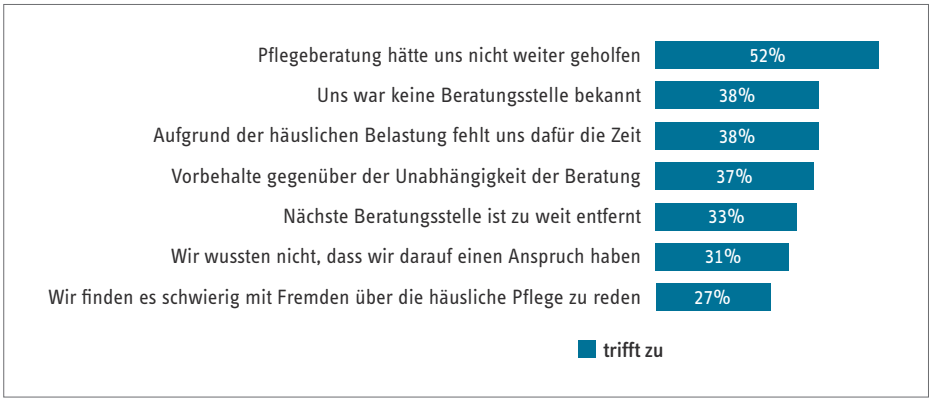
Alles in allem kann festgehalten werden, dass Pflegeberatung wirkt und resonanzfähig ist. Weitere Anstrengungen sind allerdings notwendig, um den Informationsstand bei den Betroffenen zu verbessern. Vieles spricht dafür, dass es im Hinblick auf den weiteren Ausbau der Akzeptanz jetzt vor allem auch darauf ankommen wird, die von den Pflegekassen erbrachte Beratung noch stärker mit den vor Ort verfügbaren Angeboten der lokalen Altenhilfe zu vernetzen. Dies ist auch deshalb notwendig, da nur auf diese Weise zu gewährleisten ist, dass die örtlichen Pflegeberaterinnen und Berater auch wirklich die ganze Bandbreite der verfügbaren Hilfen ansprechen und vermitteln können.

Hierzu bedarf es – trotz aller wünschenswerten Freiräume – einer guten, durch das zuständige Ministerium gesteuerten Strukturierung der landesweiten Aktivitäten, um Entwicklungen zu verhindern, die nicht dem Wohle der Patientenversorgung dienen.

GRAFIKEN Evaluation der Pflegeberatung nach §7a SGB XI: Repräsentative Befragung von Pflegehaushalten (2011)



NUTZER EINER INDIVIDUELLEN PFLEGEBERATUNG: Inhalte der Beratung



PFLEGEBEDÜRFTIGE OHNE INDIVIDUELLE PFELEGEBERATUNG: Barrieren bei der Inanspruchnahme

Die Thematik wird vertiefend in der nachfolgend erwähnten Broschüre behandelt:

GKV-Spitzenverband (Hrsg.)
Pflegeberatung.
Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.
Band 10. Berlin 2012;
Ulrich Schneekloth
Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB IX
Co-Autoren Thomas Klie (AGP Freiburg) und Mona Frommelt (Hans-Weinberger-Akademie.

Die Broschüre kann unter http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_10.pdf heruntergeladen werden.)

PRO & CONTRA

„Pflege-Bahr“ – ein erstes Fazit

Das Pflegeneuordnungsgesetz ist seit 1.1.2013 in Kraft. Eine der Neuregelungen betrifft die Pflege-Zusatzversicherung, den sog. „Pflege-Bahr“. Ein privater Versicherungsvertrag wird bei Erfüllung aller Voraussetzungen monatlich mit fünf Euro staatlich bezuschusst. Während die Befürworter des Pflegeneuordnungsgesetzes die Regelungen begrüßen und als wesentlichen Fortschritt bezeichnen, sehen sich die Kritiker in ihrer Bewertung bestätigt, dass im Bereich der Pflegeversicherung wichtige Veränderungen nicht umgesetzt worden seien.

FDP

Pflegeversicherung bleibt wichtige Säule der Vorsorge

FOTO Frank Ossenbrink

RENÉ ROCK
Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im Hessischen Landtag

Für die FDP-Landtagsfraktion gilt die staatliche Pflegeversicherung immer noch als wichtigste Säule der Vorsorge für den Pflegefall. Diese Vorsorge muss zukünftig aus Sicht der Liberalen durch eine kapitalgedeckte Eigenvorsorge ergänzt werden. So ist es möglich, unabhängig von der Entwicklung der staatlichen Pflegeversicherung eine Absicherung für den Pflegefall zu treffen.

Die Pflegezusatzversicherung, wie sie durch das Pflegeneuordnungsgesetz geschaffen wurde, soll eine mögliche Lücke im sozialen Sicherungssystem schließen.

Durch die Pflegezusatzversicherung wird ein einkommensunabhängiger Zuschuss von fünf Euro an jeden Bürger, der eine Zusatzversicherung abschließt, gezahlt. Durch einen Eigenanteil von weiteren 5 Euro pro Monat bedeutet dies bis zu 2.000 Euro zusätzlich in Pflegestufe III. Dies ist eine entscheidende Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Damit schließt der sogenannte „Pflege-Bahr“ ein mögliches Delta bei der Finanzierung im Pflegefall.

Seit etwas über drei Monaten gibt es bereits die Möglichkeit einer Zusatzversicherung, nun geht es darum, über die Chancen und Möglichkeiten dieser Leistung zu informieren.

Wir müssen also nicht nur die Pflegeversicherung für die Zukunft demographiefest machen, sondern auch durch gezielte Anreize die Eigenversorgung erhöhen. Auch Kritiker können nicht leugnen, dass durch die staatlich geförderte Eigenvorsorge die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entscheidend gesenkt werden kann.

B’90/DIE GRÜNEN

Der Pflege-Bahr – bar jeden Nutzens!

FOTO B’90/Die Grünen in Hessen

KORDULA SCHULZ-ASCHE
Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion B’90/Die Grünen im Hessischen Landtag

Die geförderte freiwillige Pflege-Zusatzversicherung – der so genannte Pflege-Bahr – ist eine reine Mogelpackung. Bereits heute ist sicher, dass die Leistungen, die später aus dem Pflege-Bahr ausgezahlt werden, auch zusammen mit der gesetzlichen Pflegeversicherung, nicht ausreichen, um die privaten Kosten, z. B. bei einer Unterbringung in einem Heim, zu decken. Gerade die Generationengerechtigkeit verlangt von der Politik Antworten, die Menschenwürde bis ins hohe Alter sichern und die jüngeren Generationen nicht überfordern.

Der Pflege-Bahr täuscht Aktivität vor, ist unsolidarisch und löst keines der bekannten Probleme. Die staatliche 5-Euro-Förderung brauchen Gut-Verdienende nicht, für Menschen mit geringem Einkommen oder Älteren, die von einer zusätzlichen Versicherung profitieren könnten, helfen sie wenig, da der Eigenanteil oder die Prämie kaum zu finanzieren sind. Ein junger Mensch mit Behinderung hat gar keinen Anspruch auf den Pflege-Bahr! Nutznießer ist vielleicht die Versicherungswirtschaft – für die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen ist der Pflege-Bahr bar jeden Nutzens.

Wir GRÜNE setzen statt dieser schleichenden Privatisierung des Pflegerisikos auf die Bürgerversicherung. Der demografische Wandel wird eine steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen mit sich bringen; dies erfordert die Solidarität aller und eine überschaubare Beitragssatzentwicklung. Längst überfällig sind auch die Definition eines neuen Pflegebegriffs, eine Aufwertung des Pflegeberufs, eine Reform der Ausbildung, wohnortnahe, vielfältige Angebote und Lösungen für den ländlichen Raum.

KRANKENHÄUSER

Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2013

Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen bildet ein landesweit geltender Basisfallwert, der jährlich bis zum 31. Oktober zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene, d.h. den Krankenkassen und deren Verbänden sowie der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), gemäß § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu vereinbaren ist.

Bisher war die Steigerung des LBFW durch die jährliche Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt. Diese Begrenzung wollte der Gesetzgeber durch den ab 2013 neu eingeführten Orientierungswert mit erstmaliger Wirkung für die Vereinbarung des LBFW 2013 ablösen. Der Orientierungswert (OW) 2013 wurde in einem aufwändigen Verfahren vom Statistischen Bundesamt berechnet und erstmals zum 30. September 2012 veröffentlicht. Da der OW 2013 knapp unter der Veränderungsrate lag, entfiel die sonst vorgesehene Verhandlung der Vertragsparteien auf Bundesebene über den sogenannten Veränderungswert, der dann letztlich für die Begrenzung des LBFW maßgeblich gewesen wäre.

Neben der reinen Preisfindung lagen die Verhandlungsschwerpunkte auf Länderebene vor allem bei der

- Einschätzung der Leistungsentwicklung,
- Einpreisung des Pflegesonderprogramms in Verbindung mit der Gegenrechnung des Zuschlages für die hochaufwändige Pflege und der
- Berücksichtigung von Leistungen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden.

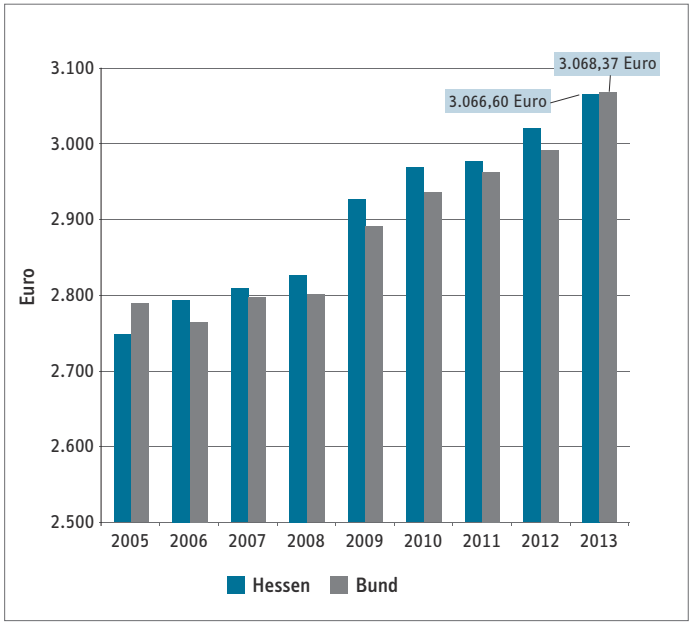
Zu Letzterem zählen u. a. die bundesweit gültigen Zusatzentgelte (E2), die neben den Diagnosis Related Groups (DRGs) abrechnungsfähig sind, krankenhausindividuelle Zusatzentgelte (E3) sowie die Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte.

Die Vertragsparteien auf Landesebene haben trotz der konfliktären Ausgangslage am 16. Januar 2013 eine Einigung erzielt.

Der neue LBFW 2013 für Hessen beträgt im Jahresdurchschnitt 3.066,60 Euro.

Die Leistungsmenge für alle hessischen Krankenhäuser wurde mit 1.417.200 Bewertungsrelationen (BR) vereinbart.

Um diese Gesamtsumme der BR vereinbaren zu können, mussten die voraussichtlichen Leistungsmengen (DRG-Fallpauschalen) der einzelnen Krankenhäuser in Hessen ermittelt und bewertet werden. Die Bewertung/Gewichtung der DRG erfolgt – unter Berücksichtigung des jeweiligen Schweregrades – anhand des bundesweit einheitlich vorgegebenen Fallpauschalen-Katalogs. So ist beispielsweise einer einfachen Blinddarmoperation (DRG G23C) eine BR von 0,78 zugeordnet; einer schwierigen Blinddarmoperation (DRG G07B) ist eine BR in Höhe von 1,67 zugeordnet. Eine Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion (DRG A04A) wird mit der BR 33,08 dargestellt.



GRAFIK vdek Landesvertretung Hessen

ENTWICKLUNG DER LANDESBASISFALLWERTE in Hessen vs. Bundesdurchschnitt 2005 - 2013 in Euro

Die Addition aller Leistungen eines Hauses stellt die Bewertungsrelationen des Krankenhauses dar.

Aus der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen aller hessischer Krankenhäuser ergibt sich ein vorraussichtliches Budget in Höhe von ca. 4,346 Milliarden Euro.

Zur Abrechnung kommt ab dem 1. März ein unterjähriger LBFW in Höhe von 3.074,43 Euro, da erst zu diesem Zeitpunkt eine von beiden Seiten konsentierte Vereinbarung formuliert, unterzeichnet und durch das zuständige Regierungspräsidium genehmigt war.

Die obenstehende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung des LBFW in Hessen seit 2005, dem Jahr der Einführung des DRG-Systems.

PERSONALIE

KV-Hessen: Vorstand neu gewählt

FOTO Ramirez, KV Hessen

NEUER KV-VORSTAND

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) wählte am 23. Januar 2013 den HNO-Arzt Frank Dastych aus Bad Arolsen zum neuen Vorsitzenden des Vorstandes. Neuer stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes ist der Lautertaler Hausarzt Dr. Günter Haas.
Von 2005 bis zu seiner Wahl zum Vorstandsvorsitzenden war Frank Dastych Vorsitzender der Vertreterversammlung und zugleich Vorsitzender des Hauptausschusses der KV Hessen. Dr. Günter Haas war von 2001 bis März 2013 stv. Vorsitzender des Hausärzteverbandes Hessen. Dr. Haas ist Mitglied des Präsidiums und der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen.
Die neu gewählte Führungsspitze präsentierte sich am 26. Februar 2013 der Öffentlichkeit.

PERSONALIE

(Erweiterter) Landesausschuss mit neuem Vorsitzenden

FOTO privat

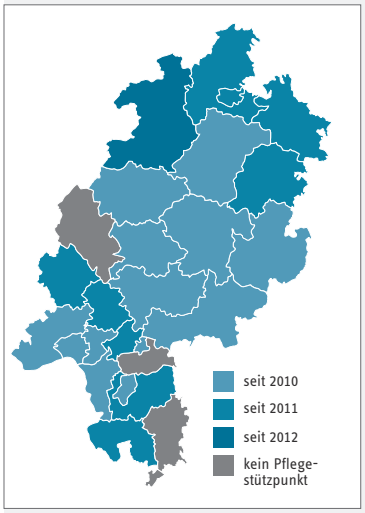
RECHTSANWALT MATTHIAS MANN

Herr Rechtsanwalt Matthias Mann ist seit 1.1.2013 neuer Vorsitzender des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen und des neuen, erweiterten Landesausschusses in Hessen.
Herr Mann, Jahrgang 1954, studierte in Frankfurt/Main Rechtswissenschaften. 1980 begann er seine Tätigkeit bei der Stadt Frankfurt, in deren Verlauf er mehr als 10 Jahre Leiter des Jugendamtes war. 1995 wurde er zum hauptamtlichen Stadtrat der Stadt Offenbach/Main gewählt (Ressort Soziales/Gesundheit). Als Verwaltungsdirektor des Klinikums Offenbach (1998-2002) war er Mitglied der Krankenhauskonferenz Frankfurt/Offenbach und der Krankenhaus-Schiedsstelle. Seit 2004 ist er Vorsitzender des Berufungsausschusses Ärzte und des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

AKTUELLER ÜBERBLICK

Pflegestützpunkte in Hessen

GRAFIK vdek Landesvertretung Hessen



Nach § 92c Absatz 1 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) haben die Pflege- und Krankenkassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Das Hessische Sozialministerium hatte am 11. Dezember 2008 eine Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen erlassen. Die wesentlichen Inhalte der Allgemeinverfügung sind:

- Inkrafttreten ab 1. Januar 2009
- Einrichtung von Pflegestützpunkten zunächst 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 3.12.2008, wie beispielsweise die Sicherstellung einer unabhängigen und neutralen Pflegeberatung, die koordinierende Funktion der Pflegestützpunkte und die Einbeziehung von Selbsthilfegruppenmitgliedern sowie Personen, die zu ehrenamtlicher Tätigkeit und sonstigem bürgerschaftlichen Engagement bereit sind, zu berücksichtigen
- Es ist sicherzustellen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im jeweiligen Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden kann.

Ab dem Jahr 2010 bis Ende des Jahres 2012 wurden in 23 von 26 Kommunen Pflegestützpunkte installiert. Aus unterschiedlichen, nicht von den Pflegekassen zu verantwortenden Gründen gibt es im Lahn-Dill-Kreis, im Odenwaldkreis und im Landkreis Offenbach bisher keine Pflegestützpunkte.

INTERVIEW

Präqualifizierung durch die PQS-Hilfsmittel in Hessen

FOTO Michael Herz

CORINNA SCHRÖER

Seit 2011 arbeitet die Präqualifizierungsstelle des vdek, die sog. „PQS-Hilfsmittel“ in Hessen. Leistungserbringer, die Hilfsmittel wie z. B. Rollstühle oder Hörgeräte herstellen, abgeben und /oder anpassen, können ihre fachliche Eignung bei der PQS-Hilfsmittel überprüfen und entsprechend zertifizieren lassen. Da der vdek im Rahmen bereits vorhandener und bewährter Strukturen über kompetente Mitarbeiter verfügt, die große Erfahrung im Zulassungsgeschäft für Hilfsmittel haben, kann die PQS-Hilfsmittel die Zertifikate in der Regel sehr schnell vergeben.
Nachdem die PQS-Hilfsmittel in Hessen das Präqualifizierungsverfahren schon im dritten Jahr durchführt, haben wir in einem Interview mit Corinna Schröer von der Firma auric Hörsysteme GmbH & Co. KG aus Rheine über ihre Erfahrungen mit dem Präqualifizierungsverfahren und der Zusammenarbeit mit der PQS-Hilfsmittel in Hessen gesprochen. Die Firma auric ist Großkunde der PQS in Hessen.

vdek Wo sehen Sie für Unternehmen im Bereich der Hilfsmittelversorgung die Vorteile des Präqualifizierungsverfahrens?
Corinna Schröer Zertifizierte Fachgeschäfte entsprechen einem hohen, geprüften Qualitätsstandard. Ganz eindeutig sehen wir für unsere Unternehmen auch eine Zeitersparnis, da neue Fachgeschäfte in der Regel schneller mit den jeweiligen Krankenkassen abrechnen können.

vdek Welche Gründe waren ausschlaggebend dafür, dass Sie sich für die PQS-Hilfsmittel des vdek entschieden haben?
Corinna Schröer Zu Beginn der Präqualifizierungs-Phase haben wir verschiedene Institutionen getestet. Für die PQS-Hilfsmittel des vdek haben wir uns unter anderem entschieden, weil die Zertifizierungen hier am schnellsten abgeschlossen werden.

vdek Welche Erfahrungen haben Sie mit der PQS-Hilfsmittel des vdek gemacht?
Corinna Schröer Sehr nette, kompetente Ansprechpartner, die, sollten doch einmal Probleme auftreten, auch gerne helfen. Und natürlich steht auch hier wieder die zügige Bearbeitung der Zertifizierung im Vordergrund.

KURZ GEFASST

Nivellierung der zahnärztlichen Vergütung

Auf Basis des geänderten § 85 Abs. 2a SGB V ist es den Ersatzkassen in Hessen gelungen, mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen und den anderen Krankenkassen die Vergütungspunktwerte für zahnärztliche Leistungen anzugleichen (Nivellierung). Auch die Regelungen zum Sprechstundenbedarf wurden berücksichtigt.
Des Weiteren wurde Einvernehmen darüber erzielt, dass die nivellierten Punktwerte bei allen Partnern der Vereinbarung die Ausgangsbasis für die bilateralen Vertragsverhandlungen des Jahres 2013 bilden.

Vergütung für zahntechnische Leistungen

Bereits Ende 2012 wurden die Verhandlungen mit dem Landesinnungsverband Hessen für das Zahntechniker-Handwerk über die Vergütung für zahntechnische Leistungen im Jahr 2013 erfolgreich abgeschlossen. Unter Berücksichtigung der von Seiten der Innung ermittelten Leistungszahlen des Jahres 2012 erfolgte eine Steigerung der Vergütung um die aktuelle Grundlohnsummenänderung.

Vereinbarung mit dem Hessischen Apothekerverband e. V. über den Bezug von Grippeimpfstoffen

Mit dem Hessischen Apothekerverband e. V. wurde rückwirkend zum 1. Januar 2013 eine Vereinbarung über den Bezug von Grippeimpfstoffen abgeschlossen. Die Vereinbarung regelt einheitlich die Vergütungsmodalitäten für den Bezug aller Grippeimpfstoffe unabhängig davon, welchen Impfstoff der Arzt verordnet. Durch die Vereinbarung werden Beitragsgelder in relevantem Umfang eingespart und die Versorgung der Bürger mit Grippeimpfstoffen unterstützt.

Vereinbarung mit den hessischen Uniklinika über die Vergütung der ärztlichen Hochschulambulanzen für die Jahre 2012 und 2013

In diesem Jahr ist es erstmalig gelungen, mit den Uniklinika in Hessen die Vergütungspauschalen für die Hochschulambulanzen (HSA) für einen Zwei-Jahres-Zeitraum zu regeln. Dabei wurde die Grundlohnsummenentwicklung für die Jahre 2012 und 2013 berücksichtigt und eine moderate Erhöhung der Fallzahlen vereinbart. Es bleibt bei einer pauschalen Vergütung ohne Sonderpauschalen und einem festen Budget, bei dessen Überschreitung ein Ausgleich durch die HSA erfolgen muss. Die Vertreter der Krankenkassen begrüßen die Vereinbarung ausdrücklich.

BÜCHER

Krankenhäuser – Lokale Unterschiede

In Deutschland sind Nachfrage und Angebot stationärer Versorgung regional sehr unterschiedlich. Dabei spielen eine sehr heterogene Altersstruktur, angebotsseitige Faktoren und in der medizinischen Versorgungspraxis wurzelnde Gepflogenheiten eine Rolle. Der Krankenhaus-Report 2012 geht auf den Stellenwert dieser lokalen Unterschiede im deutschen Gesundheitswesen ein.

Jürgen Klauber, Prof. Dr. Max Geraedts, Jörg Friedrich, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Hg.)
Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität
2012, XXV, 556 S., mit Online-Zugang, € 54,95
Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart

Patienten- und Betreuungsverfügung

Dieser Wegweiser bietet bundesweit gültige Formulare (im DIN-A4 Format und leicht heraustrennbar) zu Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und deren Ergänzung im Fall schwerer Krankheit sowie ein Muster zu einer Konto-/Depotvollmacht. Er informiert über Vorsorge durch Vollmacht, warum eine Generalvollmacht allein nicht ausreicht, weshalb eine Patientenverfügung so wichtig ist und vieles mehr.
Die Neuauflage berücksichtigt die neuesten Erfahrungen, die seit dem 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, das die Patientenverfügung nun im BGB verankert hat, gewonnen werden konnten.

Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.)
Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
12. Auflage 2012, 56 S., € 4,40
Verlag C. H. Beck, München

SELBSTHILFEFÖRDERUNG

GKV Selbsthilfeförderung 2013

Selbsthilfegruppen[1)], Landesverbände der Selbsthilfe[1)] und Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen, die ihren vollständigen Förderantrag fristgerecht gestellt haben und die formalen Voraussetzungen erfüllen, werden auch im Jahr 2013 von der „Arbeitsgemeinschaft GKV-Selbsthilfeförderung in Hessen (ARGE)“ gemeinsam gefördert.
Die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Hessen stellen in diesem Jahr hierfür Fördergelder in Höhe von ca. 3,1 Mio. Euro (= 0,61 Euro je hessischem Versicherten) zur Verfügung, die auf die einzelnen Selbsthilfe-Förderebenen verteilt werden.
Die Hälfte dieses Gesamtförderbetrages (= 1,561 Mio. Euro) fließt in den kassenartenübergreifenden, gemeinsamen Finanztopf (= Pauschalförderung). Für die kassenindividuelle Förderung (= Projektförderung) steht ein Betrag in gleicher Höhe zur Verfügung.

[1)] gesundheitsbezogene Selbsthilfe lt. Krankheitsverzeichnis gem. § 20c SGB V

STATISTIK

Gesundheitsökonomische Daten 2012/2013

Zu Jahresbeginn ist die aktuelle Ausgabe der „vdek Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2013“ (17. Auflage) mit einer Vielzahl gesundheitsökonomischer Daten erschienen. Die Broschüre kann kostenfrei von der Homepage des vdek unter http://www.vdek.com/presse/daten.html heruntergeladen werden.

VERORDNUNGSKOSTEN

Arznei- und Heilmittelvolumina 2013 in Hessen geeint

Nach konstruktiven Verhandlungen haben sich die Verbände der Krankenkassen und die KVH über die Gesamtverordnungsvolumina für Arznei- und Heilmittel sowie Richtgrößen 2013 geeinigt. Damit ist die Versorgung der gesetzlich Versicherten in Hessen mit Arznei- und Heilmitteln auch im Jahr 2013 gesichert.
Die Ausgabenobergrenzen wurden entsprechend der Bundesrahmenvorgaben moderat angehoben. Zudem wurden, wie in den vergangenen Jahren, Vereinbarungen zu den Richtgrößen in den jeweiligen Bereichen abgeschlossen.
Ferner wurden die bereits bestehenden Vereinbarungen über Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich auf Basis aktueller Bundesvereinbarungen angepasst, so dass im Jahr 2013 weitere Leistungen als Praxisbesonderheiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt werden.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Hessen des vdek
Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt/M.
Telefon 0 69 / 96 21 68-0
Telefax 0 69 / 96 21 68-90
E-Mail LV-Hessen@vdek.com
Redaktion Meinhard Johannides
Verantwortlich Claudia Ackermann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239