report bayern

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Aug. 2009

Bundestagswahlen 2009

Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen

Im Vorfeld der Bundestagswahlen haben die Ersatzkassen im Interesse ihrer rund 24 Millionen Versicherten gesundheitspolitisch Position bezogen. Dabei werden nicht nur die aktuellen und akuten Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und des Gesundheitswesens angesprochen, sondern auch konkrete Lösungsvorschläge unterbreitet. Neben den geforderten Sofortmaßnahmen richten die Ersatzkassen ihren nachdrücklichen Appell an die künftige Bundesregierung, sich für eine gerechte und nachhaltige Finanzierung der GKV, für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen sowie eine bessere medizinische Versorgung der Bevölkerung unter Vermeidung von Leistungskürzungen einzusetzen.

Eines steht fest: Eine nachhaltige Finanzierung der GKV wurde durch die Gesundheitsreform der Großen Koalition nicht sichergestellt. Die Kombination aus Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag bietet langfristig keine tragfähige Lösung. Besonders deutlich wird dies mitten in der Finanz- und Wirtschaftskrise. Nach übereinstimmenden Einschätzungen der Krankenkassen und des Bundes-

gesundheitsministeriums fehlen in diesem Jahr fast drei Milliarden Euro im Gesundheitsfonds. Da der Höchststand der prognostizierten Arbeitslosigkeit noch nicht erreicht ist und der dadurch verur-

In dieser Ausgabe:

- Neue Strukturen entstehen
 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
 für Schwerstkranke und Sterbende
- Qualität lohnt sich
 Bessere Behandlung bei Mutterschaftsvorsorge und Darmkrebsprävention
- Leitstelle Pflegeservice Bayern
 Neues Beratungsangebot für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
- Wechsel an der Spitze des Landesausschusses Bayern der Ersatzkassen
- Mehr Geld für Selbsthilfe
 Ersatzkassenförderung erneut gestiegen



sachte Rückgang der Beitragseinnahmen in den nächsten Monaten weiter zunehmen wird, dürfte sich das Finanzlücke im nächsten Jahr von drei auf zehn Milliarden Euro verbreitern.

Darlehen in Zuschuss umwandeln!

Staatliche Darlehen an den Gesundheitsfonds in diesem und eventuell im kommenden Jahr verschaffen nur eine Atempause. 2011 muss das geliehene Geld zurückgezahlt werden. Dann wird das Finanzierungsproblem die Versicherten mit voller Wucht treffen. Sie werden die Zeche für die Konjunkturkrise in Form von Zusatzbeiträgen zahlen müssen. Daher fordern die Ersatzkassen, dass das Liquiditätsdarlehen 2009 in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden soll, um die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise in der GKV zu dämpfen. Sollte ein Darlehen im Jahr 2010 notwendig sein, sollte dies ebenfalls in einen Zuschuss umgewandelt werden.

Ein weiteres Problem der Kombination Gesundheitsfonds plus Zusatzbeitrag ist die ungleiche Lastenverteilung. Für die Ersatzkassen ist es nicht hinnehmbar, dass die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer weiter ausgehöhlt wird. Bereits den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten bezahlen die Versicherten allein. Die drohenden Zusatzbeiträge werden diese einseitige Belastung der Versicherten noch spürbarer

machen. Die Ersatzkassen fordern eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV.

700 Mio. Euro an Bürokratiekosten vermeiden!

Bis zur Umsetzung dieser Forderung sollten jedoch zumindest die negativen Folgen des Zusatzbeitrages gemindert werden. Ein pauschaler Euro-Zusatzbeitrag belastet überproportional die Geringverdiener. Außerdem entstehen durch die Erhebung des Zusatzbeitrages Verwaltungskosten von bis zu 700 Millionen Euro. Nach dem derzeitigen Stand der Gesetzgebung müssten die Krankenkassen 50 Millionen neue Versichertenkonten einrichten und verwalten.

Die Ersatzkassen fordern deshalb, den Zusatzbeitrag einheitlich und verpflichtend nur noch prozentual zu erheben. Man könnte den Zusatzbeitrag dann als Aufschlag auf den Sonderbeitrag (0,9 Beitragssatzpunkte) kalkulieren. Der gesamte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (allgemeiner Beitrag plus Zusatzbeitrag) könnte im bewährten Quellenabzugsverfahren von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit an die zuständige Krankenkasse überwiesen und von dieser an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden. Die über den allgemeinen Beitragssatz hinausgehenden kassenindividuellen Zusatzbei-

DER KOMMENTAR

Mut zu notwendigen Reformen

Auf die neue Bundesregierung warten schwere gesundheitspolitische Aufgaben. In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Die finanzielle Basis der gesetzlichen Krankenversicherung muss nachhaltig reformiert und krisenfest gemacht werden. Dabei sollte eine gerechte Lastenverteilung zu den obersten Prämissen der Reform gehören. Arbeitgeber und Arbeitnehmer müssen gleichermaßen ihren Beitrag zum Erhalt der solidarischen Krankenversicherung leisten.

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 erforderlichen Umbau der bestehenden



Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status müssen wir uns aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl von alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens.

Einfache Lösungen wird es nicht geben. Letztendlich wird es auf den Mut und die Weitsicht der Gesundheitspolitiker in Bund und Land ankommen. Die Ersatzkassen werden der Politik mit Rat und Tat bei der Umsetzung des Reformwerks zur Seite stehen. träge verblieben bei der Krankenkasse. Die eingesparten Verwaltungskosten könnten dann in viel sinnvollerer Weise in die medizinische Versorgung investiert werden.

Sofortmaßnahmen zur finanziellen Entlastung der GKV

Um die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu entspannen, schlagen die Ersatzkassen folgende Sofortmaßnahmen vor. Die Bundesagentur für Arbeit soll künftig einen annähernd kostendeckenden Beitrag für die Empfänger des Arbeitslosengeldes II an die GKV zahlen. Das entlastet die Krankenkassen um rund 4,3 Milliarden Euro im Jahr. Des Weiteren soll der geplante Steuerzuschuss von 14 Milliarden Euro vorgezogen und bereits ab dem Jahr 2010 in voller Höhe an den Gesundheitsfonds ausgezahlt werden. Darüber hinaus fordern die Ersatzkassen die Reduzierung der Mehrwertsteuer für Medikamente. Damit könnten weitere 3,7 Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung eingespart werden.

In der längerfristigen Perspektive plädieren die Ersatzkassen für eine Neugestaltung und Fortentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen und -konzepte, vor allem mit Blick auf eine älter werdende Gesellschaft. So braucht das Land eine stärker geriatrisch ausgerichtete Versorgung. In zehn Jahren werden schätzungsweise 5,3 Millionen Menschen über 80 Jahre alt sein. Altersbedingte Krankheiten wie Diabetes und Hypertonie sowie chronisch-degenerative Erkrankungen wie Demenz und Parkinson werden zunehmend eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen darstellen.

Versorgungsforschung für älter werdende Gesellschaft stärken!

Um diesen Herausforderungen Herr zu werden, muss man schon heute darüber nachdenken, wie lässt sich eine bestmögliche Medizin mit weiterhin knappen – und vielleicht noch knapper werdenden – finanziellen Mitteln gestalten. Die Ersatzkassen fordern deshalb, dass die Versorgungsforschung für die älter werdende Gesellschaft verstärkt wird. Ihre Aufgabe ist es, die Antworten darauf zu liefern, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die medizinische Versorgung nachhaltig verbessert und zukunftssicher macht. Dabei muss darauf geachtet werden, dass nicht nur neue Versorgungsangebote geschaffen, sondern auch bestehende, wegen nachlassender Nachfrage obsolet gewordene An-

gebote zurückgefahren werden. Anders ist der medizinische Strukturwandel nicht zu finanzieren.

Ein besonderes Anliegen der Ersatzkassen ist seit Jahren die Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Der Wettbewerb ist der Schlüssel für eine verbesserte Ressourcensteuerung. Er braucht aber klar definierte Spielregeln und Rahmenbedingungen. Es darf nicht sein, dass unter dem Motto "Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen!" die alten Monopole durch neue ersetzt werden, wie es im Zusammenhang mit der gesetzlich verpflichtend vorgeschriebenen hausarztzentrierten Versorgung der Fall ist. Die Machtkonzentration bei den Hausarztverbänden hat bislang keine qualitative Verbesserung der Versorgung mit sich gebracht. Die Ersatzkassen fordern deshalb die künftige Bundesregierung auf, die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V abzuschaf-

Selektivverträge als Ergänzung zum Kollektivvertrag

Kollektivverträge sind bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung wichtig und notwendig. Selektivverträge als Innovationsmotor müssen die Kollektivverträge ergänzen. Die Rahmenbedingungen für den Abschluss von Selektivverträgen müssen so ausgestaltet werden, dass unter anderem die Vergütung von Ärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits bereinigt werden kann, um vor allem Doppelfinanzierungen auszuschließen.

Auch die Wettbewerbsverzerrungen aus der Zeit vor der Einführung des Gesundheitsfonds müssen schnellstens beseitigt werden. Wenn man einen funktionierenden Wettbewerb schaffen will, dann müssen zunächst die historisch bedingten Honorarunterschiede zwischen den Kassenarten beseitigt werden. Dies kann nur durch die unverzügliche Harmonisierung der Preise durch Punktwertangleichung erfolgen. Das betrifft in erster Linie den zahnmedizinischen Bereich. Hier zahlen die Ersatzkassen für die gleichen Leistungen immer noch höhere Preise als ihre Wettbewerber.

Schiedsrichter im Wettbewerb der Krankenkassen sind die Aufsichtsbehörden. Für die landesunmittelbaren Kassen sind die Sozial- bzw. Gesundheitsministerien der Länder zuständig. Die Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Ersatzkassen ist das Bundesversicherungsamt. Nicht selten gehen die Entscheidungen der Aufsichtsbehörden auf Landes-

und Bundesebene auseinander. Daher fordern die Ersatzkassen eine bundesweit einheitliche Aufsichtspraxis für alle Krankenkassen.

Pragmatisch, praxisnah und zukunftsorientiert

Die gesundheitspolitischen Forderungen der Ersatzkassen sind pragmatisch, praxisnah und zukunftsorientiert. Der Reformbedarf ist enorm, sodass an einer weiteren Fortentwicklung des Gesundheitswesens kein Weg vorbeiführen wird. Die Ersatzkassen werden gegenüber der neuen Bundesregierung nicht nur als Diskussionspartner, sondern auch als kompetenter Mitgestalter auftreten und dabei immer das Wohl und die optimale medizinische Versorgung ihrer Versicherten im Auge behalten.

Neue Strukturen entstehen Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Schwerstkranke und Sterbende

Tod und Sterben sollen enttabuisiert werden und als natürlicher Teil des menschlichen Lebens wieder in die Gesellschaft zurückgeholt werden. So lautete die Empfehlung der Enquête-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" im Juni 2005. Im Gesundheitswesen soll eine lindernde Medizin, die der Lebensqualität anstelle der Lebensverlängerung dient, einen höheren Wert erhalten. Hierbei bedarf es neuer medizinischer Versorgungskonzepte und -strukturen.

Welche Versorgung wird den Wünschen der schwerstkranken sterbenden Menschen gerecht? Wie können Angehörige in der Pflege unterstützt werden? Und wie kann die medizinische und pflegerische Betreuung besser miteinander verzahnt werden? Diese Fragen beschäftigten die Öffentlichkeit.

Neue Versorgungsform gesetzlich verankert

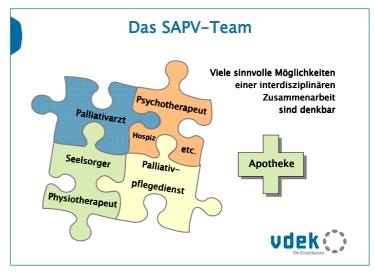
Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

2007 wurde eine neue Versorgungsform für schwerstkranke sterbende Menschen gesetzlich verankert – die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV. Sie richtet sich an Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden bzw. weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung sowie auf den Bedarf einer besonders aufwendigen Versorgung. Betroffen sind fast 10 Prozent der Schwerstkranken und Sterbenden.

Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Versorgung durch ein multiprofessionelles Team aus speziell weitergebildeten Ärzten und Pflegekräften. Der spezifische Bedarf des Versicherten bestimmt die Zusammensetzung der Versorgung, deren Leistungen in vier Gruppen unterteilt werden: 1. Beratung, 2. Koordination, 3. additiv unterstützende Teilleistung und 4. Vollversorgung. Durch die SAPV sollen die Schnittstellen zwischen den betreuenden Leistungserbringern geschlossen und die ambulante Versorgung durch spezialisiertes Know-how gestärkt werden.

Abgestimmtes Vorgehen unter den verschiedenen Leistungserbringern

Ein Hausarzt oder ein Krankenhausarzt verordnet die SAPV auf Antrag des Versicherten und entscheidet nach einer ersten Einschätzung, welche der vier Leistungsarten (Beratung, Koordination, additive Teil- oder Vollversorgung) der Versicherte benötigt. Der Versicherte sucht sich anschließend ein SAPV-Team aus, das die Leistung erbringen soll. Das SAPV-Team überprüft die erste Einschätzung des verordnenden Arztes und sucht den Versicherten für



ein sogenanntes Eingangsassessment auf. Bei Bedarf passt das SAPV-Team die Verordnung an, damit der Versicherte die medizinisch notwendige Versorgung erhält. Über die Genehmigung der Verordnung entscheidet dann die Krankenkasse.

Palliativ-Care-Teams

Die Begleitung der schwerstkranken Patienten erfordert ein abgestimmtes Vorgehen unter den verschiedenen Leistungserbringern. Charakteristisch für die SAPV-Versorgung sind daher die sogenannten Palliativ-Care-Teams, die mit verschiedenen qualifizierten Leistungserbringern wie speziell ausgebildete Palliativärzte, Palliativpflegedienste und Physiotherapeuten besetzt sind. Sinnvoll ist die Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Apotheke sowie Sanitätshäusern.

Die Palliativ-Care-Teams, mit denen die Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag schließen, müssen ihre Zusammenarbeit über Kooperationsvereinbarungen nachweisen und ein Versorgungskonzept vorlegen, in dem Mitarbeiterkapazitäten, Versorgungsgebiet, Qualifikationsnachweise, sächliche Ausstattung und eine 24-Stunden-Rufbereitschaft an sieben Wochentagen nachvollziehbar dargestellt werden müssen. Neben einer spezifischen Ausbildung wird eine ausreichende Erfahrung in der Betreuung von Palliativpatienten von den SAPV-Teams erwartet. Neu ist, dass die Leistungen des Teams gemeinsam als Komplexleistung vergütet werden.

Bedarfsadäquate SAPV-Strukturen

Pro 250.000 Einwohner soll künftig ein SAPV-Team gebildet werden. In Bayern wären es etwa 50 Teams. Es ist zu erwarten, dass drei grundsätzlich unterschiedliche Typen von SAPV-Teams entstehen werden, die sich auf die Regionen Großstadt, Kleinstadt und Land verteilen. Je dünner eine Region besiedelt ist, umso größer wird die Anzahl qualifizierter Leistungserbringer pro 250.000 Einwohner. In solchen Regionen ist vorstellbar, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Tätigkeit im SAPV-Team quasi nebenberuflich ausüben.

In ländlichen Regionen dürfte die SAPV überwiegend als Beratungs- und Koordinationsleistung in Anspruch genommen werden, d. h. der Hausarzt übernimmt weiter die Versorgung und wendet sich bei spezifischen Fragestellungen an das Team. Die



sogenannte Teil- und Vollversorgung wird dann eher nachrangig sein. Dagegen können in der Großstadt wohnortnah entsprechende Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, sodass diese vielfach die gesamte Versorgung des Schwerstkranken und Sterbenden übernehmen werden.

Mustervertrag der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen befürworten die neue Leistung SAPV ausdrücklich, da sie den Wünschen der Versicherten in besonderem Maße gerecht wird, und treten mit dem Anspruch an, eine gute Versorgung dort anzubieten, wo sie seitens der Versicherten zu Recht eingefordert wird. Um die Umsetzung der gesetzlichen Regelung zu fördern, hat der Verband der Ersatzkassen einen Mustervertrag konzipiert, an deren Entwicklung auch Palliativmediziner und Palliativpflegedienste beteiligt gewesen waren, um diesen lebensnah und praxisgerecht zu gestalten. Der Mustervertrag ist als Orientierung gedacht, dessen Feinsteuerung in den Bundesländern stattfinden soll.

Der Mustervertrag diente in Bayern als Grundlage für ein gemeinsames Vorgehen aller Kassenarten, wobei frühzeitig klar war, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kein Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen ist. Daher wurden die kassenspezifischen Wünsche sowie die Erfahrungen und Erkenntnisse der Palliativmediziner in Bayern bei der Anpassung des Mustervertrages an die bayerischen Verhältnisse berücksichtigt. Mit einem solchem Mustervertrag in der Hand nahmen die Krankenkassenverbände in Bayern die Verhandlungen mit den potenziellen Anbietern auf. Die ersten SAPV-Verträge sind bereits geschlossen. Der Verhandlungsprozess befindet sich auf einem guten Weg.

Qualität lohnt sich

Bessere Behandlung bei Mutterschaftsvorsorge und Darmkrebsprävention

Die vor einem Jahr in Kraft getretene gesetzliche Regelung macht es möglich. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen können Vereinbarungen schließen, um gezielt die Qualität der medizinischen Behandlung zu fördern. Die Vereinbarung legt einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest (§ 136 Abs. 4 SGB V). Ärzte, die diese Merkmale nachweisen, erhalten Zuschläge zu ihrem Honorar. Ihre Kollegen, die an der Vereinbarung nicht teilnehmen, müssen Honorarabschläge in Kauf nehmen. Für die Krankenkassen ist diese Art von Qualitätsförderung kostenneutral. Die Versicherten profitieren davon doppelt: Sie erhalten als Patienten eine überdurchschnittlich hohe Behandlungsqualität durch zertifizierte Ärzte und müssen als Beitragszahler kein zusätzliches Geld dafür ausgeben. Auch die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte profitieren davon.

Im Rahmen des bayerischen Qualitätsprogramms "Ausgezeichnete Patientenversorgung" haben die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) einen ersten Vertrag nach § 136 Abs. 4 SGB V geschlossen. Er betrifft die Mutterschaftsvorsorge und die Darmkrebsprävention.

Im Bereich der Mutterschaftsvorsorge wurden die Qualitätsmaßnahmen "SonoBaby" und "Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaft" vereinbart. Die Qualität von Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, von denen die bayerischen Frauenärzte rund 400.000 im Jahr erbringen, hängt vor allem von dem Fachwissen des Arztes und der Qualität des Ultraschallgeräts ab. Deshalb wird im Rahmen der Qualitätsmaßnahme "SonoBaby" beides in regelmäßigen Abständen überprüft.

Die Vereinbarung zur elektronischen "Dokumentation des Ultraschalls in der Schwangerschaft" bietet werdenden Müttern unter anderem verständliche Erklärungen der Ultraschallbilder ihres ungeborenen Kindes. Auf Wunsch erhält jede Schwangere, die sich von einem zertifizierten Arzt untersuchen lässt, von diesem anschlie-



Bend einen individuellen Informationsbrief, in dem die jeweiligen Befunde auch für Nicht-Mediziner verständlich erklärt werden.

Die Qualitätsmaßnahme "Darmkrebsprävention" bietet den Versicherten ebenfalls viele Vorteile. Die beteiligten Ärzte haben sich speziell für die Früherkennung von Darmkrebs fortgebildet. Ein elektronischer Gesprächsleitfaden unterstützt den Arzt beim Beratungsgespräch und hilft, den Patienten mit seinen Ängsten und Fragen in den Mittelpunkt des Gesprächs zu stellen. Zudem kann sich jeder Versicherte sicher sein, dass er bei einer Darmspiegelung im Rahmen der Qualitätsmaßnahme "Koloskopie" bestmöglich versorgt wird. Denn alle teilnehmenden Internisten und Chirurgen müssen mindestens 50 Darmspiegelungen pro Quartal durchführen und zweimal im Jahr ein Hygienezertifikat erlangen.

Hervorzuheben ist die Tatsache, dass alle präventiven und kurativen Koloskopien elektronisch nur in Bayern dokumentiert werden. Die Qualitätsmaßnahmen sind ein guter Weg, um das gemeinsame Ziel zu erreichen: die Behandlungsqualität für den Patienten zu steigern und den Arzt für seine Leistung angemessen zu vergüten.



WECHSEL AN DER SPITZE DES LANDESAUSSCHUSSES BAYERN DER ERSATZKASSEN

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Ersatzkassen hat beschlossen, die Vorsitze und die stellvertretenden Vorsitze der Landesausschüsse der Ersatzkassen neu zu besetzen.

Danach erhält Christian Bredl, Leiter der TK-Landesvertretung Bayern den Vorsitz, und Gerhard Potuschek, Landesgeschäftsführer der BARMER Bayern, den stellvertretenden Vorsitz des Gremiums. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre.

Der Landesausschuss besteht bei der vdek-Landesvertretung Bayern als Koordinierungs- und Entscheidungsgremium, das für die Abstimmung grundsätzlicher Fragen von landespolitischer Bedeutung zuständig ist.

Leitstelle Pflegeservice Bayern

Vorsitzender des Landesausschusses Bayern

Neues Beratungsangebot für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

Sei dem 1. Juli 2009 betreiben die gesetzlichen Pflegekassen in Bayern gemeinsam ein neues telefonisches Beratungsangebot für ihre Versicherten sowie deren Angehörige und Betreuer. Die Leitstelle Pflegeservice Bayern wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern als kompetenter Partner betrieben.

Unter der gebührenfreien Telefonnummer 0800 – 772 11 11 können sich Anrufer innerhalb der Servicezeiten (Montag bis Freitag, von 8 bis 18 Uhr) in allen Fragen der Pflege qualifiziert beraten lassen. Dazu erteilt der Pflegeservice Bayern wichtige Auskünfte zu Pflegefragen oder vermittelt Anrufende gezielt an die jeweils zuständigen Ansprechpartner bei den Pflegekassen. Die Anrufe nehmen ausschließlich geschulte und qualifizierte Pflegeberater entgegen. Zusätzliche Informationen findet man im Internet unter der Adresse: www.pflegeservice-bayern.de.

Ab dem 1. Januar 2009 haben Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten, einen gesetzlich verankerten Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine

Pflegeberaterin. Diese helfen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von



Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Pflegeservice Bayern dient als telefonische Erstanlaufstelle und ergänzt somit auf sinnvolle Weise das bereits bestehende Pflegeberatungsnetz der bayerischen Pflegekassen. Damit ist ein weiterer wichtiger Schritt in Sachen Pflegeberatung in Bayern vollzogen.

Mehr Geld für Selbsthilfe

Ersatzkassenförderung erneut gestiegen

Auch in diesem Jahr geben die Ersatzkassen in Bayern mehr Geld für die Förderung der Selbsthilfe aus als im Vorjahr.

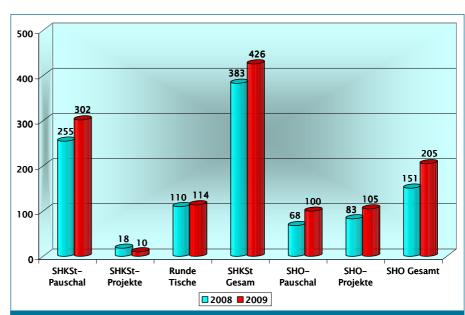
Selbsthilfekontaktstellen im Plus

Die bayerischen Selbsthilfekontaktstellen, die die örtlichen Selbsthilfegruppen vernetzen und bei ihrem Entstehen sowie in ihrer Arbeit unterstützen, wurden 2009 pauschal mit über 302.000 Euro gefördert. Das ist ein Plus von knapp 19 Prozent gegenüber 2008. Die bei zwölf Selbsthilfekontaktstellen angesiedelten Runden Tische

zur Förderung der Selbsthilfegruppen erhalten mehr als 113.700 Euro in diesem Jahr. Der Zuwachs der Förderung beträgt über drei Prozent. Alles in allem ist eine Steigerung der Selbsthilfekontaktstellenförderung durch die Ersatzkassen in Höhe von 11,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Verbände und Organisationen überproportional gefördert

Noch stärker ist der Zuwachs der Fördergelder bei den auf Landesebene tätigen Selbsthilfeorganisationen und Verbände, die themenspezifische Leistungen für ihre Mitglieder im Bereich Behinderungen, chronisch somatische Erkrankungen, Sucht- und psychische Erkrankungen anbieten. Die Gesamtförderung ist von über 151.000 Euro im Jahr 2008 auf knapp 206.000 Euro in diesem Jahr angestiegen. Das entspricht einem Plus von gut 36 Prozent. Dabei stieg die Pauschalförderung



Ersatzkassenförderung der Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen in Bayern (in Tausend Euro)

der Organisationen und Verbände um fast 47 Prozent von ca. 68.000 auf über 100.000 Euro. Die von einzelnen Ersatzkassen individuell organisierte Projektförderung der Organisationen und Verbände verzeichnete 2009 einen Anstieg von ca. 27 Prozent gegenüber 2008.

Förderung der Gruppenstärken!

Für fast 1.700 örtliche Selbsthilfegruppen stellt die vdek-Landesvertretung Bayern mehr als 177.000 Euro im Rahmen der kassenartenübergreifenden Förderung zur Verfügung in diesem Jahr. Die Steigerung beläuft sich auf 6,6 Prozent. Zusätzlich werden die Selbsthilfegruppen von den Ersatzkassen im Rahmen der kassenindividuellen Förderung unterstützt. Das Fördervolumen liegt höher als im Vorjahr, kann aber noch nicht abschließend beziffert werden, da die Gruppenförderung noch nicht abgeschlossen ist.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bayern des vdek Arnulfstr. 201 a · 80634 München

Telefon: 0 89 / 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 / 55 25 51-14

E-Mail: LV Bayern@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen · Redaktion: Dr. Sergej Saizew