

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **BEDARFSPLANUNG** im Praxistest | **PFLEGEbegUTACHTUNG** Interview | **PRÄQUALIFIZIERUNG**
HILFSMITTEL kompetent und hilfsbereit | **PFLEGESTÜTZPUNKTE DER ERSATZKASSEN** Aller guten Dinge sind drei

BERLIN

VERBAND DER ERSATZKASSEN · JULI 2014

AMBULANTE PFLEGE

Gemeinsame Initiative gegen Fehlverhalten



FOTO: KKH

Initiiert durch die Leistungsanbieterverbände hat der Landespflegeausschuss empfohlen, dass sich der Sozialhilfeträger an den Regel- oder Anlassprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes beteiligen kann und künftig auch Abrechnungen mitgeprüft werden können. Pflegekassen und Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ist ebenso wichtig, ein deutliches Zeichen gegen Abrechnungsbetrug zu setzen. Gezielte falsche Abrechnungen von Leistungen stellen Abrechnungsmanipulation dar und müssen geahndet werden. Dabei geht es bei aller Wertschätzung der Pflege, Pflegeberufe und vertragskonform arbeitender Pflegedienste um Missbrauchsbekämpfung und ein gezieltes Vorgehen gegen einzelne betrügerische Dienste, die dem Image der Pflegebranche und der Versicherungsgemeinschaft schaden. Bei Betrug folgt die Kündigung des Vertrages!

KLINISCHES KREBSREGISTER

Überzeugendes Zeugnis länderübergreifender Zusammenarbeit

Seit Inkrafttreten des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) werben die Ersatzkassen für die einmalige Chance, ein gemeinsames klinisches Krebsregister für Berlin und Brandenburg zu errichten.

Am 9.4.2013 gab das Bundesministerium für Gesundheit mit der Bekanntmachung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) den Startschuss für die Bundesländer. Es wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Errichtung und den Betrieb flächendeckender klinischer Krebsregister geschaffen. Seither bemühen sich die Länder um landesgesetzliche Regelungen, um zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung flächendeckend klinische Krebsregister einzurichten. Der Routinebetrieb ist bis zum 1.1.2018 sicherzustellen.

Einheitlichkeit tut Not

Derzeit ist die Krebsregisterlandschaft noch geprägt von unterschiedlichsten Dokumentationen und Auswertungen, die eine bundesweite Vergleichbarkeit der Ergebnisse für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung nahezu unmöglich machen. Die Diskussionen im Nationalen Krebsplan haben verdeutlicht, dass verlässliche,

bundesweite und vergleichbare Daten zum Versorgungsgeschehen fehlen. Eine Reihe von Fragestellungen zur Qualität der onkologischen Versorgung kann nur durch eine nunmehr festgelegt bundesweit einheitliche onkologische Dokumentationen auf Basis eines festgelegten Basisdatensatzes beantwortet werden.

Länderübergreifend ist möglich

Auch wenn die Ersatzkassen das KFRG sehr begrüßen, wäre vor dem Hintergrund der Wanderung der Patienten, einer zeitgleichen einheitlichen Startsituation nach einheitlichen Fördervoraussetzungen und der allseits aufzubringenden Ressourcen eine bundeseinheitliche Lösung im Gesetzgebungsverfahren wünschenswert gewesen. Allerdings beinhaltet das Bundesgesetz erfreulicherweise, dass Länder hier nicht nur zusammenarbeiten, sondern auch ein länderübergreifendes klinisches Krebsregister in der Region errichten können.

Berlin und Brandenburg arbeiten bereits an den unterschiedlichsten Stellen



Wichtige Entscheidung im Interesse der Patienten



von
GABRIELA LEYH
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Mit der wegweisenden Entscheidung, die in Brandenburg auch von den Krankenkassenverbänden begrüßte Übertragung der Errichtung eines KKR auf die Landesärztekammer auch für Berlin umzusetzen, hat der Berliner Gesundheitssenator zum richtigen Zeitpunkt gehandelt und das Angebot der Brandenburger angenommen. Denn jetzt kann sich eine Arbeitsgruppe von in diesem Terrain erfahrenen Berliner und Brandenburger Experten mit den zweifelsfrei nicht einfachen organisatorischen sowie datenschutz- und aufsichtsrechtlichen Fragen der Umsetzung befassen. Ein begrüßenswerter Schritt von allen Beteiligten in die richtige Richtung.

Die Betriebskosten des KKR werden von den Krankenkassen mit einer fallbezogenen Pauschale in Höhe von 119 Euro je Dokumentation für eine Neuerkrankung finanziert. Hinzu kommt eine Meldevergütung, deren konkrete Höhe von den Partnern der Selbstverwaltung auf der Bundesebene festgelegt wird. Damit die Krankenkassen in der Übergangszeit bis zum Routinebetrieb ab 1.1.2018 die Betriebskosten übernehmen können, muss von jedem Bundesland ein KKR für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt werden. Sobald dieser Schritt mit Zustimmung der Kassen erfolgt ist, wird eine Übergangsvereinbarung mit den Krankenkassenverbänden möglich.



FOTO: vege – Fotolia.com

zusammen – auch im Gesundheitswesen. Eine Selbstverständlichkeit eigentlich, dass bei einem so wichtigen Thema, wie der Errichtung eines klinischen Krebsregisters, auch eine gemeinsame Umsetzung auf der Agenda der Akteure steht. Warum sollten hier nicht Ressourcen gebündelt und zum Wohle der Patienten in beiden Bundesländern genutzt werden?

Die Deutsche Krebshilfe fördert die flächendeckende Etablierung klinischer Krebsregister (KKR) durch die Bereitstellung von Investitionsmitteln in Höhe von maximal 7,2 Mio. Euro mit dem klar formulierten Ziel einer raschen Umsetzung. Der Förderbetrag für Berlin beträgt 550.000 Euro. Er muss bis spätestens zum letzten Stichtag am 15.10.2014 gestellt werden. Brandenburg hat den Förderantrag bereits gestellt und erwartet wie alle anderen Bundesländer mit zeitgleicher Einreichung auf das Prüfergebnis.

Sechs Gründe für ein „Wir“

Bereits früh haben die Ersatzkassen für ein länderübergreifendes Vorgehen geworben. Überzeugende Gründe hierfür sind:

- ein hohes Maß an Patientenwanderungen zwischen den beiden Bundesländern besteht (ca. 15 bis 20 % im Krankenhausbereich),

- die Schaffung einer optimalen Datenlage und gemeinsamen Auswertung der Dokumentationen sektoren- und länderübergreifend (bessere Ausgangslage für Krebstherapien),

»Die Umsetzung des gemeinsamen Projekts hätte Symbolkraft für Berlin-Brandenburg.«

- die Anwendung der erfolgreichsten Therapien durch optimierte Strukturen und Kommunikationsmöglichkeiten über die Ländergrenze hinaus,
- eine Generierung von Synergieeffekten,
- die Symbolkraft für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg und den Wissenschaftsstandort bei einem sehr wichtigen Versorgungsthema,
- nicht zuletzt die Beschleunigung der Umsetzung des KFRG und damit die Absicherung der Fördergelder der Deutschen Krebshilfe.

Am 12.6.2014 haben sich die zuständigen Ministerien in Berlin und Brandenburg mit einstimmiger Empfehlung der Mitglieder des 2013 neu gegründeten Berliner gemeinsamen Landesgremiums auf ein gemeinsames KKR verständigt. ■

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Bedarfsplanung im Praxistest

Mit Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zum Januar 2013 wurden bundesweit viele Erwartungen geweckt. Im übertversorgten Berlin haben sich die Beteiligten auf ein Modell der Umsteuerung verständigt.

Vor knapp neun Monaten haben die Medien umfangreich über die Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie in Berlin berichtet. Hintergrund war die Verkündung einer erstmals in der Hauptstadt auf den Weg gebrachten gemeinsamen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, den Krankenkassenverbänden und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (SenGS) im Rahmen eines sog. Letter of Intent (LOI). Wesentlicher Bestandteil dieses LOI ist die Betrachtung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf der Ebene der zwölf Berliner Bezirke. Hierzu wurden zunächst die in der Richtlinie als Rechengröße vorgegebenen zu versorgenden Patienten pro Arzt auf die Bezirke herunter gebrochen und durch Gegenüberstellung der zugelassenen Ärzte der jeweilige Versorgungsgrad ermittelt.

Die Verteilung macht's

Neben den anderen Stadtstaaten, Hamburg und Bremen, ist Berlin zahlenmäßig am besten versorgt. Gemäß Richtlinie wurde der Demographiefaktor, der den Anteil der älteren Bevölkerung berücksichtigen soll, in die neue Planung einbezogen. Bei Haus- und Kinderärzten sind darüber hinaus Daten der SenGS über die Sozialstruktur der jeweiligen Bezirke in die Planung eingeflossen. Hintergrund ist eine ermittelte Korrelation beider Arztgruppen bei der Inanspruchnahme. Der ermittelte Versorgungsgrad schwankt zwischen den Bezirken in einigen Arztgruppen erheblich und teilweise nicht erklärbar. So liegt der Versorgungsgrad bei Hausärzten im Bezirk Treptow-Köpenick

bei 96 Prozent, in Charlottenburg-Wilmersdorf bei 171 Prozent. Bei der psychotherapeutischen Versorgung sind die sogenannten Disparitäten noch höher. Während im Bezirk Marzahn-Hellersdorf der Versorgungsgrad nur bei 45 Prozent liegt, beträgt er in Charlottenburg-Wilmersdorf 558 Prozent! Mit dem LOI soll eine Versorgungssteuerung erreicht werden, die eine Verlegung von Praxen ausschließlich in schlechter – nicht mehr in besser versorgte Bezirke ermöglicht. Durch Transparenz über die gewünschten Praxisverlegungen können sich nicht nur Ärzte informieren und in die Zukunft planen, sondern auch Bezirke erkennen, ob Haus- oder Fachärzten durch lukrative und insbesondere barrierefreie Räumlichkeiten zielorientierte Angebote unterbreitet werden können.

Erste Erfolge sichtbar

Berlin braucht keine kleinräumige Planung, sondern eine auf die Situation zugeschnittene Lösung. Die größte Verantwortung kommt derzeit den zuständigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zu, dem aus Vertretern der KV und Krankenkassen gebildeten Zulassungs- und Berufungsausschuss. Erste Erfahrungen zeigen, dass mit dem LOI ein Schritt in die richtige Richtung vollzogen ist. Innerhalb eines repräsentativen Zeitraumes von vier Monaten wurde 86 Anträgen für Umzüge innerhalb des Bezirkes entsprochen. Hierbei handelt es sich um die meisten Anträge an die Zulassungsgremien. 31 Anträgen auf Praxisverlegung in einen weniger gut versorgten Bezirk wurde ebenfalls entsprochen. Acht Anträge auf Praxisverlegung in einen besser versorgten Bezirk



FOTO: Candybox Images – Fotolia.com

wurden abgelehnt. In vier Fällen ist Klage gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses erhoben worden. Sollte hier zu Gunsten einer weiter bestehenden auseinanderklaffenden Versorgungssituation entschieden werden, ist die Politik aufgefordert, entsprechende gesetzliche Änderungen zum Abbau von Überversorgung auf den Weg zu bringen.

Gutachten untermauert neuen Weg

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen hat in seinem neuesten Gutachten festgestellt, dass die Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten weiterhin zunimmt, während in den ländlichen Regionen Unterversorgung droht. Der Sachverständigenrat regt deutlich an, gegen eine hohe Arztdichte in Ballungszentren und Städten vorzugehen. Mit Blick auf Brandenburg, das im Ländervergleich bei der Arztdichte den letzten Platz einnimmt, muss Berlin eigene kreative Lösungen im Rahmen der sehr guten ärztlichen Versorgung schaffen. Im gemeinsamen Landesgremium soll das Thema im Herbst 2014 erneut beraten werden. Der LOI beinhaltet hierfür bereits eine Vereinbarung zur Vorlage eines ersten Zwischenberichtes, der hierfür die Grundlage bieten soll. ■

Mit einem „gerüttelt Maß an Menschenkenntnis“...

Wenn Versicherte bei ihrer Pflegekasse eine Pflegestufe beantragen, kommt Wolfgang Lunkenheimer ins Spiel, Pflegegutachter beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e.V. (MDK BB).

Wolfgang Lunkenheimer besucht in seinem Schwerpunktbezirk, dem Berliner Wedding, Menschen zu Hause, um vor Ort ermitteln zu können, ob und wie viel Hilfe sie im Alltag brauchen und welcher Pflegestufe dies entspricht. In der Regel geschieht das im Rahmen eines einstündigen Gesprächs. Um in dieser Zeit die gesamten Lebensumstände angemessen erfassen zu können, ist neben viel Fachwissen und Praxiserfahrung auch ein „gerüttelt Maß an Menschenkenntnis“ erforderlich. Vom hochbetagten ehemaligen Zentralkomiteemitglied bis hin zur Patientin, die schon in jungen Jahren an den Rollstuhl gefesselt und auf Pflege angewiesen ist, reicht das Spektrum.

Jede Minute zählt

Sein Arbeitstag beginnt um 8:20 Uhr. Die erste Kundin, eine pflegebedürftige Frau, hat die Höherstufung von Pflegestufe II auf Pflegestufe III beantragt. Sie wird zu Hause von ihrem 85-jährigen Ehemann gepflegt. Zwei Mal pro Tag kommt ein ambulanter Pflegedienst. Entscheidend für den Pflegegutachter ist, wie viel Unterstützung die Frau tatsächlich benötigt. Wolfgang Lunkenheimer befragt seine Kundin zu ihren Lebensumständen. Oft

»Dieser Situation muss ein Pflegegutachter gewachsen sein – fachlich wie emotional.«

möchten die Patienten aus Scham nicht zeigen, wie hilflos sie sind. So kann sich die gut gemeinte Absicht des Ehemanns, zu verschweigen, dass die Mahlzeiten von ihm zerkleinert werden müssen, negativ auf die beantragte Höherstufung auswirken. Denn jede Minute zählt. Kommen am Ende der Begutachtung nicht genügend Minuten zusammen beispielsweise für Hilfestellungen beim Anziehen, Zähneputzen oder Duschen, kann es mit der Höherstufung knapp werden. Finanziell hängt für das Ehepaar viel davon ab. Die Auswertung wird Herr Lunkenheimer am Nachmittag in seinem Büro erstellen.

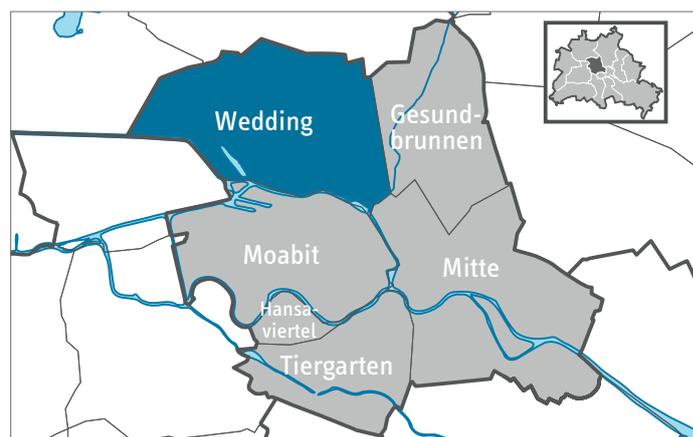
Zunächst muss er aber zum zweiten Kunden an diesem Tag eilen, sich abermals blitzschnell auf eine neue Situation und andere Umstände einstellen und sich voll und ganz seinem Gegenüber

widmen. Gegen 13:30 Uhr, nach fünf Begutachtungen, klingelt Wolfgang Lunkenheimer beim letzten Kunden für diesen Tag, einem alleinstehenden Mann. Zur Begutachtung sind seine zwei Kinder anwesend, die sich neben dem ambulanten Pflegedienst um ihn kümmern. Auch hier geht es um die Höherstufung der Pflegestufe. Beide Kinder sind berufstätig und haben eigene Familien zu versorgen. Für sie stellt die Pflege ihres Vaters eine hohe finanzielle Belastung dar. Sie zeigen Unverständnis darüber, dass der Staat nicht die Pflegekosten übernehmen kann. Auch damit muss sich ein Pflegegutachter auseinandersetzen.

Begutachtungsrichtlinien als Arbeitsgrundlage

Für Wolfgang Lunkenheimer ist es wichtig herauszustellen, dass Pflegegutachter keine Zielvorgaben, sondern gesetzliche Vorschriften gemäß den Begutachtungsrichtlinien anwenden. Druck durch die Kassen gibt es nicht. Die Gutachten sind Grundlage für die Entscheidung der Kasse.

Gegen 15:00 Uhr kommt der Pflegegutachter in seinem Büro an. Er hat heute wieder verschiedene Persönlichkeiten getroffen, zugehört und wird sachlich begutachten. Ein Gutachter muss fachkompetent tatsächlichen Pflegebedarf erkennen. Er muss sowohl Übertreibungen als auch die – sehr viel häufiger vorkommenden – Untertreibungen einzuschätzen wissen. Sechs Gutachten wird er nun erstellen. Wie jeden Tag, fünf Mal die Woche und mit viel Engagement. ■



SCHWERPUNKT WOLFGANG LUNKENHEIMERS: der Wedding – im Bezirk Mitte

GESETZGEBUNG

Pflegereform ist Schritt in die richtige Richtung

Am 4.7.2014 hat der Bundestag in erster Lesung das „Pflegestärkungsgesetz I“ beraten. Ein klares Signal für eine aus Ersatzkassensicht mehr als überfällige zielgerichtete Leistungsverbesserung in der Versorgung der Pflegebedürftigen.

Die Dynamisierung der Leistungsbeiträge der einzelnen Pflegestufen – in der Regel um vier Prozent – ist notwendig, um dem inflationsbedingten

Preisverfall der Leistungen entgegenzuwirken und sollte regelmäßig erfolgen. Die dafür und für Leistungsverbesserungen nunmehr vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozent belastet weder Versicherte noch Arbeitgeber über Gebühr.

Sie bringt aber gerade den im häuslichen Umfeld betreuten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ein Stück weit finanzielle Entlastung, die von vielen

Betroffenen dringend herbeigesehnt wird (siehe auch Seite 4).

Wichtig ist auch, dass künftig Pflegebedürftige ohne Pflegestufe - die in ihrer Alltagskompetenz z. B. durch Demenz eingeschränkt sind – einen umfassenden Leistungsanspruch erhalten. Eine für alle Pflegebedürftigen flexiblere Leistungsgestaltung (Kurzzeit-, Tages-, Nachtpflege und Verhinderungsleistungen) ist auch sehr zu begrüßen.

DREI FRAGEN AN WOLFGANG LUNKENHEIMER

„Vertrauen gewinnen und dass Menschen sich öffnen“

Viele Menschen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, benötigen Hilfe aufgrund körperlicher Einschränkungen. Pflegegutachter ermitteln im Rahmen von Hausbesuchen, ob und wie stark der persönliche Hilfebedarf des Betroffenen ist.

[vdek](#) Was qualifiziert einen Pflegegutachter?

Wolfgang Lunkenheimer Gutachter sind bei uns mehrheitlich examinierte Kranken- oder Altenpfleger. Eine dreijährige Pflegeausbildung und möglichst Praxiserfahrung sind Voraussetzung. Aber auch Ärzte sind beim MDK als Pflegegutachter im Einsatz. Fast 50 fest angestellte Pflegegutachter arbeiten beim MDK BB. Um in diesem Beruf erfolgreich sein zu können, ist sowohl medizinisches know-how als auch Menschenkenntnis vonnöten, denn ein Gutachter muss sich schnell in verschiedenste Lebenssituationen, -umfelder und Milieus hineinversetzen können.

[vdek](#) Welche besonderen Erfahrungen machen Sie als Pflegegutachter?

Wolfgang Lunkenheimer Schwierig ist es zu ertragen, welche Schicksale Menschen treffen können und wie tief deren Verzweiflung

sitzt. Schön ist dann wiederum, in diesen Ausnahmesituationen Zugang zu den Menschen zu finden. Sie kommen an Menschen ran, an die sie sonst nicht rankämen. Kulturelle und sprachliche Hintergründe verlieren an Bedeutung. Die Freude am Beruf kommt durch Freude an Kleinigkeiten, Gesten wahrnehmen zu können, Vertrauen zu gewinnen und, dass Menschen sich öffnen.

[vdek](#) Wie sieht der Terminplan eines Pflegegutachters aus?

Wolfgang Lunkenheimer Pflegegutachter bekommen wöchentlich von der Teamleitung einen Tourenplan ausgehändigt. An einem Tag werden sechs Kunden begutachtet. Dafür hat man je eine bis anderthalb Stunden Zeit. In der Regel werden die Kunden vorher nochmals angerufen und an den Besuch erinnert. Vor Ort werden in den Laptop die sog. „Pflege begründenden



FOTO: vdek

WOLFGANG LUNKENHEIMER, Pflegegutachter beim MDK Berlin-Brandenburg e. V.

Diagnosen“ in Stichworten in ein Standardformular eingetragen. Hieraus wird im Ergebnis die Pflegestufe ermittelt. Unter der Woche ist man quasi Einzelkämpfer. Der telefonische Austausch mit den Kollegen ist daher sowohl bei fachlichen Fragen als auch bei emotional besonders herausfordernden Besuchen wichtig. Alle sechs Wochen finden Teambesprechungen statt. Allerdings ist der Teamleiter als Ansprechpartner immer präsent. Das alles funktioniert nur, weil ein tolles Team zusammenwirkt. ■

Kompetent und hilfsbereit

Inzwischen ist die Präqualifizierungsstelle Hilfsmittel des vdek (PQS) mehr als drei Jahre am Netz. Sie ist verantwortlich für die Eignungsprüfung von Anbietern, die Hilfsmittel an Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen abgeben möchten. Seine Erfahrungen schildert der Geschäftsführer der Sanitätshaus MKC GmbH, Thorsten Steinborn, der den Service der PQS von Beginn an in Anspruch nimmt:

vdek Welche Vorteile bietet das Präqualifizierungsverfahren für Ihr Unternehmen?

Thorsten Steinborn Zu meinem Unternehmen gehören in Berlin derzeit 21 und in Brandenburg sieben Sanitätshäuser inklusive einer Werkstatt für Orthopädie-, Orthopädienschuh- und Rehathechnik. Deshalb ist es für mich wichtig, den Antragsaufwand für die Anerkennung als geeigneter Hilfsmittelanbieter so gering wie möglich zu halten. Die Präqualifizierung bietet mir diese Vorteile. Sie erfolgt aus einer Hand und ist verfahrenstechnisch unkomplizierter geworden. Das Zertifikat gilt für alle Krankenkassen und in allen Bundesländern. Es bietet meinem Unternehmen fünf Jahre Sicherheit. Das Verfahren wurde inzwischen passgenauer in Bezug auf qualifiziertes Personal und die Vorhaltung der notwendigen technischen Ausrüstung gestaltet.

vdek Sie nehmen den Service der PQS des vdek in Anspruch. Was hat Sie dazu bewogen?

Thorsten Steinborn Ich habe mich gezielt für die PQS des vdek entschieden. Ausschlaggebend waren für mich der Anspruch an Qualität und kurze Fristen in der Bearbeitung, Kompetenz und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Dabei war ich mir bewusst, dass gute Leistung selbstverständlich ihren Preis hat.

vdek Für die Mitarbeiterinnen der PQS des vdek ist eine qualitativ hochwertige Antragsbearbeitung wichtig. Gibt es aus Ihrer Sicht dazu Hinweise?



THORSTEN STEINBORN, Geschäftsführer der Sanitätshaus MKC GmbH

Thorsten Steinborn Meine Firma ist darauf spezialisiert, Hilfsmittel wie, z. B. Gehhilfen, Bandagen, diverse Prothesen und orthopädische Schuhe abzugeben. Mir ist es wichtig, dass eine PQS annähernd weiß, worum es bei uns geht. In diesem Sinne verstehe ich das Interesse der Mitarbeiterinnen der PQS des vdek an zusätzlichen Informationen zu praktischen Abläufen und maschinellen Ausrüstungen in meinen Häusern. Sie wissen, dass mein Angebot steht, bei diesbezüglichen Fragen einfach anzurufen oder vorbei zu schauen. Gern erläutern meine Mitarbeiter auch die Funktionsweise verschiedener Geräte wie z. B. die eines Tiefziehgerätes (Gerät zur Herstellung von sehr dünnen und leichten, aber sehr stabilen orthopädischen Versteifungselementen). Nach meiner Überzeugung fördert diese Art der Zusammenarbeit das gegenseitige Verständnis. ■

Einfacher... und auch noch besser



FOTO AfricaStudio - Fotolia.com

FOTO vdek

Mehr Qualität und Transparenz, weniger Prüfaufwand und einen besseren Überblick. Wo es so etwas gibt? Bei der Zentralen Prüfstelle Prävention:

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der BKK Dachverband e. V., die IKK classic, die Knappschaft, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die BIG direkt gesund, die IKK Brandenburg und Berlin und AOKen haben seit diesem Jahr eine gemeinsame Prüfstelle Prävention eingerichtet. Damit können mehr als 50 Millionen Versicherte der bisher beteiligten 120 Krankenkassen alle qualitätsgeprüften und einheitlich zertifizierten Präventionskurse über die Internetseiten ihrer Krankenkassen aufrufen. Der individuelle Präventionskurs ist damit schnell aus einem großen, qualitativ hochwertigen Kursbestand auswählbar. Die Datenbank enthält mittlerweile über 380.000 geprüfte Kurse von rund 120.000 Anbietern aus ganz Deutschland. Kursanbieter profitieren: Sie können auf dem Portal www.zentrale-pruefstelle-praevention.de ihre Konzepte kostenlos hochladen und erhalten ganz unbürokratisch innerhalb von zehn Tagen eine Nachricht, ob der Kurs den qualitativen Anforderungen standhält oder nicht. Grundlage der Prüfung ist der für alle gesetzlichen Kassen verbindliche „Leitfaden Prävention“. Positiv geprüfte Kurse werden von den beteiligten Krankenkassen bezuschusst.

Aller guten Dinge sind drei



ERÖFFNUNG des PSP Charlottenburg-Wilmersdorf

Seit Herbst 2013 hat die Arbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte der Ersatzkassen (ARGE PSP) zwei neue Pflegestützpunkte (PSP) in Berlin eröffnet und ist mit einem umgezogen: Diese Pflegestützpunkte stehen Ratsuchenden in Neukölln im Joachim-Gottschalk-Weg und in Charlottenburg-Wilmersdorf im Heinickeweg zur Verfügung. Der PSP in der Axel-Springer-Straße zog nach Treptow-Köpenick in den Myliusgarten. Damit betreiben die Ersatzkassen drei Pflegestützpunkte in Berlin.

Die PSP sind Anlaufstelle für alle, die Rat zum Thema „Pflege“ suchen: Neben fachlichen Informationen bieten sie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Beratung über die Leistungen der Pflegekasse – individuell, kostenfrei und unabhängig. Die Bedarfslage war ausschlaggebend für die gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und den Trägern der PSP getroffene Standortwahl: An allen drei Standorten wird aufgrund der Bevölkerungsstruktur ein hoher Beratungsbedarf unterstellt.

Der Neuköllner PSP wurde im September letzten Jahres feierlich u. a. von Sozialsenator Mario Czaja (CDU) eröffnet und wird gut angenommen: Am häufigsten informierten sich Betroffene über Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung zu Hause, gefolgt von Fragen zu Angeboten für Angehörige und Fragen zum Thema Betreuung, Vollmachten und Pflege.

Der PSP in Charlottenburg-Wilmersdorf wurde offiziell Ende März 2014 durch Sozialstaatssekretär Dirk Gerstle (CDU) eingeweiht. Die Ersatzkassen hoffen, dass viele Ratsuchende von dem kompetenten Angebot Gebrauch machen und damit die vorgehaltenen Kapazitäten auch bedarfsgerecht sind.

Mit der Errichtung der neuen PSP tragen die Ersatzkassen zu einer besseren Vernetzung und Verzahnung von wohnortnahen Leistungs- und Beratungsangeboten bei. Der Beweis, wie hoch der Bedarf für derartige Beratungsangebote in Berlin tatsächlich ist, muss durch eine Evaluation erbracht werden.

Ersatzkassen stärken SAPV

Mehr Geld für bessere Versorgung: Die Vergütungspauschalen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurden angehoben. Damit steigen insbesondere die Vergütungen für die Koordinationsleistung der Palliativmediziner sowie die der oft von den Patienten benötigten Hausbesuche durch SAPV-Assistenten.

Ersatzkassen übernehmen Rotavirus-Schutzimpfung

Auf Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) haben die Ersatzkassen die mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bestehende Impfvereinbarung um diese neue Schluckimpfung ergänzt. Das Präventionsangebot richtet sich an junge Familien: Ab dem Alter von 6-12 Wochen können Säuglinge diesen Schutz ganz einfach „auf Chipkarte“ erhalten. Rotaviren sind die häufigste Ursache von Magen-Darm-Infektionen von Kindern unter 5 Jahren.

Ersatzkassen begrüßen Hospizversorgung

In Berlin stehen ca. 200 stationäre Plätze in 14 stationären Hospizen über die Stadt verteilt zur Verfügung. 24 ambulante Hospizdienste ergänzen die so wichtige Betreuung schwerstkranker Menschen und ihrer Familien, um den Patienten ein würdevolles, schmerzfreies und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen.

Unter Dach und Fach!

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin haben sich erfolgreich auf ein Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel für 2014 geeinigt: Gegenüber dem Vorjahr stehen 2,66 Prozent mehr und damit fast 1,3 Mrd. Euro zur Verfügung. In die Erhöhung fließen neben Altersstruktur der Versicherten und Innovationen erstmals auch Rabatterlöse der Krankenkassen ein.

Auch die Richtgrößen wurden für 2014 linear angehoben. Hier wird künftig mehr Augenmerk auf die Verordnung von Rabattarzneimitteln gelegt.

Beide Vereinbarungen bilden eine solide Grundlage für das laufende Jahr: Planungssicherheit für Ärzte zur Verordnung medizinisch notwendiger Arzneimittel und Sicherheit für Patienten, im Bedarfsfall mit wirksamen Arzneimitteln versorgt zu werden.

BÜCHER

Korrumpierte Pharmaindustrie?

Ärzte verlassen sich auf klinische Studien und behandeln danach ihre Patienten. Patienten verlassen sich auf den medizinischen Sachverstand des Arztes und erhalten die bestmögliche Therapie. So ist unser Wunschdenken. Doch die Wirklichkeit ist anders: Ben Goldacre beschreibt, wie negative Studienergebnisse durch die Industrie verschwiegen oder manipuliert werden, wie Zulassungsbehörden sie dabei schützen und wie das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflusst wird. Mit Beispielen liefert er Beweise, die die „Pharma-Lüge“ untermauern.



Ben Goldacre
Die Pharma-Lüge: Wie Arzneimittelkonzerne Ärzte irreführen und Patienten schädigen
448 Seiten, € 19,99
Kiepenheuer & Witsch, Köln 2013

Aus dem Schatten treten

Mit 54 Jahren erhielt Helga Rohra die Diagnose Demenz. In ihrem Buch erzählt sie, wie die Diagnose ihr Leben verändert hat und beschreibt, welchen Herausforderungen sie sich seitdem stellen muss und wie sie es schaffte, ihrem Leben einen neuen Sinn zu geben. Heute setzt sich die willensstarke Frau u. a. auf Kongressen und in der Öffentlichkeit dafür ein, dass Demenzbetroffene weiter am gesellschaftlichen Leben teilhaben können und macht klar, welche Hürden Menschen mit Demenz in unserer Gesellschaft überwinden müssen und welche Potentiale noch in ihnen stecken.



Helga Rohra
Aus dem Schatten treten: Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze
3. Aufl. 2012, 133 Seiten,
€ 16,90, Mabuse-Verlag GmbH,
Frankfurt 2011

IGEL-MONITOR

IGeL auf dem Prüfstand

Versicherte müssen Nutzen und möglichen Schaden einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL), die sie selbst bezahlen müssen, kennen, bevor sie sich dafür oder dagegen entscheiden. Der IGeL-Monitor bietet eine Entscheidungshilfe. Er analysiert und aktualisiert fortlaufend wissenschaftlich Nutzen und Schaden einzelner IGeL und bereitet alles allgemeinverständlich vor. Versicherte können sich unter www.igel-monitor.de informieren, ob die vom Arzt vorgeschlagene IGeL eher positiv oder negativ bewertet wird. Der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs wird beispielsweise „tendenziell negativ“ bewertet. Eine kürzliche Erhebung der Bertelsmann-Stiftung bestätigt den hohen Bedarf an fundierter Aufklärung, wie sie das Team um den IGeL-Monitor bietet, denn ein nennenswerter Teil der Patienten fühlt sich gedrängt, IGeL-Angebote wahrzunehmen.

PERSONALIE

Tschüss Frau François-Kettner

Genau 31 Jahre Pflegedirektorin der Charité – mit einem Abschiedssymposium dankten u. a. die Charité, der Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken e. V. sowie Ulla Schmidt (MdB) Hedwig François-Kettner für ihr Engagement und eine stattliche Bilanz: bundesweite Meilensteine in der Ausstattung der Pflegeprofession mit Fachlichkeit, Struktur und Patientenorientierung. Wir wünschen ihr nun beim Aktionsbündnis Patientensicherheit viel Erfolg!

DEUTSCHE HERZSTIFTUNG

Jede Minute zählt! Notfall-Set zur Wiederbelebung

FOTO Robert Kneschke – Fotolia.com



Viele Menschen haben Angst, bei einer Wiederbelebung etwas falsch zu machen. Um die Angst zu nehmen, bietet die Deutsche Herzstiftung kostenfrei ein Herznotfall-Set an. Es enthält zwei Notfallkarten für den Geldbeutel und zwei Faltpfächer. Die informieren über Herzinfarkt-Alarmzeichen und Herzdruckmassage, geben Hinweise zum Verhalten bei einem Herzinfarkt, Infos zum Notruf 112 und leiten zur Herz-Lungen-Wiederbelebung an. Das Set kann unter www.herzstiftung.de/herznotfall-set.de angefordert werden. Die Herzstiftung bietet auch eine kostenfreie Herznotfall-App an, die den Laien anweist, wie man sich bei bestimmten Herznotfällen richtig verhält. Sie lässt sich unter www.herzstiftung.de/herznotfall-app.html herunterladen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Berlin/Brandenburg des vdek
Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin
Telefon 0 30 / 25 37 74-0
Telefax 0 30 / 25 37 74-19
E-Mail LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com
Redaktion Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich Gabriela Leyh
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2190