

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE VDEK BREMEN Fotoausstellung in der Bürgerschaft | INTERVIEW mit Dr. Marco Heuerding vom KiM
ABRECHNUNGSBETRUG bei Bremer Pflegedienst | PALLIATIV- UND HOSPIZVERSORGUNG in Bremen

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2012

KÖPFE

Wechsel an der Spitze des vdek

FOTO: vdek



ULRIKE ELSNER

Ulrike Elsner ist neue Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Am 11. Juli 2012 wurde die Volljuristin einstimmig von der Mitgliederversammlung gewählt. Damit übernimmt sie die Nachfolge von Thomas Ballast, der seit dem 1. Juli 2012 im Vorstand der TK sitzt.

Elsner stammt aus Schleswig-Holstein und ist seit 1994 beim Ersatzkassenverband tätig, zuletzt als Leiterin der Abteilung Ambulante Versorgung der vdek-Zentrale und Abwesenheitsvertretung des Vorstandsvorsitzenden. In ihrer Amtszeit will die neue Vorstandsvorsitzende die Versorgungsqualität stärker in den Fokus verbandspolitischer Arbeit rücken. Ziel werde die Stärkung indikationsgerechterer Behandlungsmethoden sowie ein optimiertes Versorgungsangebot, das die demografischen Entwicklungen unserer Zeit passgenauer abbilde, so Elsner.

100 JAHRE VDEK

Ein Jahrhundert im Einsatz zum Wohle der Versicherten

„Die Krankenversicherung wird teurer. Es ist nicht die Schuld der Träger der Krankenversicherung, sondern Folge der steigenden Anforderungen“. Was aktuell klingt, stand schon 1927 in der Verbandszeitung „Die Ersatzkasse“.

Text: Birgit Tillmann

In diesem Jahr feiert der Verband der Ersatzkassen sein 100-jähriges Bestehen. Ein guter Anlass, sich mit der Geschichte zu beschäftigen. In einer interessanten Festschrift zum Jubiläum blickt der Verband zurück – mit aktuellen Bezügen.

So geht bereits die Einteilung in Primär- und Ersatzkassen auf jene frühen Jahre zurück. Mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ führte der Reichstag unter Reichskanzler Bismarck am 15. Juni 1883 die gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Reich ein. Gleichzeitig gründete der Staat die Primärkassen, mit denen alle Arbeitnehmer, unterteilt in ihre Berufe und sofern sie nicht bereits woanders versichert waren, im Krankheitsfall durch eine kostenlose ärztliche Behandlung und 13 Wochen Krankengeld abgesichert sein sollten.

Mit der Schaffung der Primärkassen begann auch der Wettbewerb mit den Ersatzkassen, die bereits teilweise seit Ende des 18. Jahrhunderts als freiwillige Hilfsvereine zur Absicherung von Handwerksgehilfen und Handlungsgehilfen gegen

Krankheit, Unglücke und Tod gegründet worden waren.

In den folgenden Jahren musste das Verhältnis der beiden Kassenarten untereinander immer wieder ausgelotet werden, denn der Staat unterstützte die Primärkassen einseitig zu Lasten der Ersatzkassen. Ein Verband, der die Ersatzkassen einte, sollte Abhilfe schaffen und ihre Position stärken: Am 20. Mai 1912 gründete sich in Eisenach der „Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“, bestehend aus zehn Kassen mit 120.000 Mitgliedern.

Der Erste Weltkrieg erschütterte zwar Deutschland, aber nicht die Grundprinzipien der Reichsversicherungsordnung. Nach Kriegsende wurden die Ersatzkassen den Primärkassen endlich finanziell gleichgestellt. Damit konnten die Ersatzkassen und ihr Verband in der Weimarer Republik ihre Position zunächst ausbauen (1923: 22 Kassen, ca. 700.000 Mitglieder). Doch Hyperinflation und Weltwirtschaftskrise hatten Folgen für alle Kassen: Immer mehr Arbeitnehmer fielen aus der Versicherungspflicht heraus, den Kassen fehlten die Beiträge



100 Jahre verpflichtet

FOTO vdek



von
KARL L. NAGEL
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bremen

In Vorbereitung der Feierlichkeiten zum 100-jährigen Bestehen des Verbandes wurde mir bewusst, dass ich selbst schon fast 50 Jahre im Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung stehe, den größten Teil davon beim Verband der Ersatzkassen. Das nimmt mir ein wenig von der „ehrfürchtigen Last“ eines hundertjährigen Jubiläums.

Andererseits zeigt es die Stärke und die Kraft einer solchen Zweckgemeinschaft, die zwei Weltkriege überstanden hat und von anfangs 120.000 Mitgliedern heute mit über 25 Millionen Versicherten die stärkste Krankenkassenart in Deutschland ist.

Diese Entwicklung kommt nicht von ungefähr. Dass ich daran so viele Jahre selbst mit gestalten konnte, erfüllt mich mit Stolz. Gleichzeitig ist es aber auch eine Verpflichtung, diesen Weg weiter zu beschreiten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Landesvertretung werden auch in Zukunft alles daran setzen, die uns von den Mitgliedskassen gestellten Aufgaben zu erfüllen und die Ersatzkassengemeinschaft, die auch in den nächsten Jahren noch weiter anwachsen wird, gegenüber der Politik, den Leistungserbringern und den vielfältigen Standesorganisationen aktiv zu vertreten. Aber auch, wie es schon in den Gründerjahren des Verbandes hieß: „... gemeinsam allen Stürmen zu trotzen.“



und gleichzeitig forderten die Unternehmer eine Kürzung der Beitragssätze, damit „Arbeit billiger wird“.

Der Verband im Dritten Reich

Als 1933 die Nationalsozialisten an die Macht kamen, wurden Verband und Mitgliedskassen zu Handlangern der NS-Politik. Auch dies klammert die Festschrift nicht aus und berichtet, wie „erschreckend bürokratisch“ der Verband „mit der Umsetzung rassistischer Gesetzgebung“ umging. 1936 folgte die Umbenennung in „Verband der Angestellten-Krankenkassen“ (VdAK), auch wurden die Ersatzkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts den gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, doch die Selbstverwaltung wurde von den Nazis abgeschafft. Pläne, alle Ersatzkassen zu einer zusammenzuschließen oder gar aufzulösen, wurden nicht mehr durchgeführt.

Nach dem Krieg wurden die Ersatzkassen schnell wieder zugelassen und meldeten in der jungen Bundesrepublik wachsende Mitgliedszahlen (1955: ca. 3,1 Millionen Versicherte). Der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, 1938 gegründet, arbeitete nun im Schulterschluss mit dem VdAK. Mit der ersten Sozialwahl 1953 wurde die Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen wiedergeboren.

In den 70er Jahren wurden die Leistungen der Ersatzkassen ausgebaut, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in den Leistungskatalog aufgenommen. Die

Mitgliederzahlen des VdAK überschritten 1972 die Acht-Millionen-Grenze.

Doch die goldenen Zeiten im Gesundheitswesen waren bald zu Ende: 1977 wurde das erste Kostendämpfungsgesetz beschlossen, das jedoch nicht dauerhaft wirkte. Zahlreiche Reformen folgten, um die Kosten in den Griff zu bekommen und zeitgemäße und notwendige Leistungen anzubieten. Zudem musste nach der Vereinigung 1990 die soziale Krankenversicherung in den fünf neuen Bundesländern aufgebaut und die Folgen der DDR-Misswirtschaft auf dem medizinischen Sektor beseitigt werden.

Regionalisierung und Servicefunktionen

Auch im Verband tat sich einiges: Aufgrund der Regionalisierung der Gesundheitspolitik entstanden ab 1990 die Landesvertretungen, unter anderem in Bremen. 2009 wurde aus dem VdAK/AEK der vdek mit Sitz in Berlin. Neben der Interessenpolitik und dem Vertragsgeschäft auf Landesebene übernahm der Verband nunmehr verstärkt Service- und Dienstleistungsfunktionen für die Ersatzkassen und vermittelte ihre Interessen im GKV-Spitzenverband. Damit stellten sich die Ersatzkassen auf die veränderten Rahmenbedingungen ein. Diese Flexibilität wird auch in Zukunft die Garantie sein, dass die Ersatzkassen gut aufgestellt sind. Denn, so resümiert die Festschrift die Geschichte des Verbandes: „Langweilig war es nie.“ ■



FOTO Bremische Bürgerschaft

DIE GÄSTE DER ERÖFFNUNG lauschten dem Präsidenten der Bürgerschaft, Christian Weber.

100 JAHRE VDEK

Bewegende Fotoausstellung in der Bürgerschaft

Zusammen mit rund 40 geladenen Gästen aus Politik, den Mitglieds-kassen und dem Gesundheitswesen hat der vdek am Montag, den 3. September 2012, in der Bremer Bürgerschaft die Fotoausstellung „WIEDER GESUND?“ eröffnet. Anlass für die Ausstellung war die 100-Jahr-Feier des vdek.

Text: Wiebke Zabel



DIE JUNGE KÜNSTLERIN VIKTORIA HEISIG im Gespräch über ihre Bilder.

In seiner Festrede lobte der vdek-Verbandsvorsitzende, Christian Zahn, die künstlerische Leistung der jungen Studierenden. „Gesundheit ist ein Gut, das uns alle angeht.“ Dies hätten die Künstler eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Einleitende Grußworte sprachen ferner Christian Weber, Präsident der Bremischen Bürgerschaft, und Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen. Der Kurator der Ausstellung, Fotodesigner Manfred Wigger, verriet im Anschluss Details zu einzelnen Bildern.

Anwesend war auch die Fotografin Viktoria Heisig, die in ihren Bildern die Bedeutung eines gut funktionierenden, medizinischen Versorgungssystems unterstrich. „Die Spuren vieler kleiner Verletzungen meines jüngeren Bruders zeigen, wie gut wir es in Deutschland haben, weil die gesetzlichen Krankenkassen uns einfach vieles zahlen“, erläuterte Heisig (siehe Bild oben).

Was ist gesundes Leben?

Die zunehmende Medikalisierung in der Medizin wird von den Künstlern thematisiert, ebenso die Frage nach einem „gesunden Leben“. Dass es sich auch mit Handicap gut leben lässt, zeigen das anrührende Strahlen einer jungen Rollstuhlfahrerin sowie das kesse Grinsen der 17-jährigen Annika, die mit Trisomie 21 zur Welt kam. Sogar der schmerzliche Abschied von einem geliebten Menschen wird in bewegenden Bildern dokumentiert.

Präsentiert werden die Fotografien auf über 30 Bildtafeln, begleitet von Sprüchen und klugen Gedanken prominenter Persönlichkeiten.

Die Foto-Ausstellung ist noch bis zum 4. Oktober 2012, werktags von 9 bis 18 Uhr, in der Mittelhalle der Bremer Bürgerschaft zu sehen (Am Markt 20). Der Eintritt ist frei. ■

FESTREDE (AUSZUG)

Solidarität und Selbstverwaltung als Grundwerte



KLARE WORTE: Verbandsvorsitzender Christian Zahn

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht heute anders aus als vor 100 Jahren. Die Ersatzkassen und der Verband haben sich stets flexibel erwiesen. Sie haben die gesetzlichen Möglichkeiten genutzt, um sich im stärker werdenden Wettbewerb zu behaupten. Die bundesweite Ausrichtung, große Serviceorientierung und Verantwortungsbewusstsein für die Versorgung unserer Bevölkerung kennzeichnen die Ersatzkassen – gestern wie heute.

Unsere Arbeit kann sich sehen lassen: Mit mehr als 25 Millionen Versicherten sind die Ersatzkassen heute Marktführer in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir sorgen täglich dafür, dass den Patienten ein innovatives, qualitätsgeprüftes und wirtschaftliches Versorgungsangebot zur Verfügung steht.

Dass unser Krankenversicherungssystem in den 100 Jahren zu einem wesentlichen Bestandteil unserer sozialen Kultur in Deutschland geworden ist, verdanken wir den Grundwerten, auf denen es beruht: Solidarität, soziale Gerechtigkeit, Pluralität und Selbstverwaltung. Die Menschen haben Vertrauen in ihr Gesundheitssystem. Daran sollten wir immer denken, wenn wir über Veränderungsprozesse nachdenken.

Embryotox berät bei Medikamenten für Schwangere

FOTO: Techniker Krankenkasse



SICHERERE MEDIKAMENTE für Mutter und Baby

Rund eine Million Besucher haben sich seit 2008 auf der Onlinedatenbank Embryotox über Risiken bei der Anwendung von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit informiert. Damit haben sich die Zugriffszahlen von anfänglich ca. 600 auf heute durchschnittlich 2.200 Besuche je Werktag gesteigert. „Wir konnten die Sensibilität für eine differenzierte Risikobewertung von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit erhöhen“, erklärt die Parlamentarische Staatssekretärin Ulrike Flach. Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Infoseite des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie bietet Ärzten und anderen Interessierten ein unabhängiges und qualitätsgeprüftes Portal zur Verträglichkeit der wichtigsten Medikamente und zur Behandlung häufig vorkommender Krankheiten bei Müttern und werdenden Müttern. Von Aspirin bis Penicillin ist nachzulesen, ob ein Wirkstoff bei Schwangeren und Stillenden sinnvoll oder schädlich ist und welche Alternativen angeboten werden können. Darüber hinaus ist die Datenbank Teil eines Forschungsprojekts: Jeder Nutzer des Onlineportals liefert über einen Fragebogen und kostenlose Telefonberatung gezielte Hinweise auf wichtige Fragen und verbessert damit das Wissen über die Wirkung von Arzneien bei Schwangeren. Informationen unter: www.embryotox.de

„Deutschlandweit einmalige Vernetzung für junge Patienten“

vdek Herr Dr. Heuerding, im Oktober 2011 wurde das Kinderfacharzt-Zentrum im Medicum (KiM) in Bremen eröffnet. Was ist das Besondere an KiM?

Dr. Heuerding Im Kinder-Facharztzentrum Bremen arbeiten Kinder- und Jugendärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten zusammen, um gemeinsam junge Patienten mit chronischen oder komplexen Erkrankungen zu diagnostizieren und zu therapieren. Wir stellen ihnen eine schnelle, medizinisch sinnvolle und umfassende Diagnostik zur Verfügung. Dieser Zusammenschluss unterschiedlicher Fachdisziplinen in einem Zentrum ist deutschlandweit einmalig. Durch Vernetzung unserer Kenntnisse und gemeinsame Patientenkontakte können wir oft auch bei schwierigen Fragestellungen Hilfe leisten, unnötige Untersuchungen und Belastungen der Kinder können vermieden werden. Wir können uns, auch aufgrund der Bereitschaft der Krankenkassen unser Projekt zu unterstützen, wirklich Zeit für ausführliche Anamnesegespräche nehmen. Wir bilden als Team nahezu die gesamten spezialisierten Fachrichtungen in der Kinderheilkunde ab: Allergologie, Endokrinologie, Hämatologie, Hämostasiologie, Pneumologie, Nephrologie, Neuropädiatrie. Uns steht zur Diagnostik der Kinder ein moderner Gerätepark zur Verfügung, wie ihn normalerweise zentralisiert nur die klinische Medizin vorhält.

vdek Welche Kinder und Jugendliche können ins KiM kommen?

Dr. Heuerding In manchen Situationen ist auch bei optimaler Betreuung durch den Kinderarzt spezielles fachärztliches Hintergrundwissen sinnvoll, um zu einer genauen Diagnose und einer sinnvollen Therapie zu gelangen. Die

DR. MARCO HEUERDING
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrischer Haemato-Onkologe



FOTO: pr

Versorgung dieser Kinder kann hier in einem entspannten, ambulanten Rahmen mit viel Zeit für unsere Patienten stattfinden. Ohne die Innovationsfreude der beteiligten Krankenkassen hätten wir dieses aufwändige Projekt mit allen notwendigen Investitionen in Infrastruktur und Gerätepark nicht beginnen können.

Leider müssen wir dieses Angebot auch auf Versicherte der beteiligten Krankenkassen (u.a. hkk, BARMER GEK, TK und DAK-Gesundheit) beschränken. Versicherte anderer Krankenkassen können nur in Ausnahmefällen im KiM diagnostiziert und behandelt werden. Für die Leistungen im KiM ist die Überweisung durch den behandelnden Kinderarzt notwendig.

vdek Woher kommen die jungen Patienten und wie wird es bislang angenommen?

Dr. Heuerding Wir behandeln Kinder aus Bremen und aus dem niedersächsischen Umland. Wir sind weitgehend ausgelastet, bemühen uns aber die Wartezeiten nicht zu lange werden zu lassen. Von den Patienten erfahren wir oft ein positives Feedback, weil wir uns Zeit nehmen können, und manchmal auch, weil wir eine Diagnose stellen konnten, an die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht gedacht wurde. Internet Adresse: <http://www.kim-bremen.de>

Betrug bei Bremer Pflegedienst aufgefliegen

Seit 2000 kämpfen die Bremer Krankenkassen gemeinsam gegen Abrechnungsmanipulation. Einbezogen sind Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei. Jüngster großer Erfolg: Einem Pflegedienst wurde Betrug nachgewiesen.

Text: Birgit Tillmann

Nachdem eine Kasse Unregelmäßigkeiten bei der Ausführung der Pflegeleistungen festgestellt hatte, ergab eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weitere Auffälligkeiten. So sollte ein Mitarbeiter Leistungen zu einem Zeitpunkt erbracht haben, an dem er überhaupt keinen Dienst hatte. Außerdem waren angeblich bis zu 45 Einsätze an einem Tag von einer Pflegekraft bewältigt worden – ein Ding der Unmöglichkeit. Die gemeinsame Prüfgruppe wurde eingeschaltet.

Die Beweisaufnahme durch die Kripo gestaltete sich schwierig. Es stellte sich heraus, dass die Unterlagen durch den Pflegedienst professionell manipuliert worden waren: Die Pflegeleistungen waren optisch korrekt dokumentiert, aber waren sie auch erbracht worden? Nur durch die gute Zusammenarbeit der Krankenkassen in der GKV-Prüfgruppe war es möglich, die seitens der Kripo benötigten Abrechnungsdaten zusammen zu führen.

Schwierige Ermittlungen

Die polizeiliche Befragung der Mitarbeiterinnen und Patienten brachte jedoch wenig. Zunächst gemachte Aussagen von Pflegekräften wurden später widerrufen. Die überwiegend osteuropäische Klientel des Pflegedienstes schwieg oder schien genau instruiert zu sein, was gesagt werden durfte. Außerdem bezweifelten die Krankenkassen, dass wirklich alle ärztlich verordneten Pflegeleistungen tatsächlich notwendig waren. Letztlich waren

Ermittlungsmethoden erfolgreich, wie sie sonst nur bei der Verfolgung von organisierter Kriminalität angewandt werden.

Nach der komplizierten Aufarbeitung der Daten der Krankenkassen und dem Abgleich mit den Feststellungen der Staatsanwaltschaft stand am Ende eine nachweisbare Schadenssumme von 212.000 Euro fest. Diese entstand allein durch zwei Mitarbeiterinnen zwischen April 2008 und Mai 2010. Der tatsächliche Schaden beträgt nach einer realistischen Hochrechnung deutlich mehr als eine Million Euro, vermutet die GKV-Prüfgruppe.

Doch der Erfolg der Prüfgruppe wurde kurz darauf von der weiteren Entwicklung getrübt: Der Vorschlag der Kassen zur Schadenswiedergutmachung wurde vom Pflegedienst ausgeschlagen. Stattdessen hat der Anbieter mittlerweile Insolvenz angemeldet.

Der insolvente Betrieb hat alle Patienten und auch sein Personal an einen zwischenzeitlich neu gegründeten Pflegedienst abgegeben. Der neue Betrieb wird von anderen Personen geleitet, die weitere Entwicklung wird genau beobachtet. Da bislang etwa 50 Prozent der Abrechnungen manipuliert waren, prüfen die Kassen nun beim neuen Pflegedienst in mühevoller Kleinarbeit sowohl die Notwendigkeit der Verordnungen als auch die Leistungserbringung generell. Klar ist, Abrechnungsbetrug ist kein Kavaliersdelikt. Auch Patienten, die nicht erhaltene Leistungen quittieren, machen sich mitschuldig, ebenso wie Ärzte, die nicht notwendige Verordnungen ausstellen.

Schon zwei Millionen Euro zurückgeholt

Trotz dieser Rückschläge ist es ein Erfolg, dass dem betrügerischen Pflegedienst das Handwerk gelegt werden konnte. Torsten Barenborg, für den vdek in der Prüfgruppe, ist überzeugt: „Mit ihrem entschlossenen Vorgehen haben Strafverfolgungsbehörden und Krankenkassen ein Zeichen gegenüber den schwarzen Schafen der



Foto: Diercke - Fotolia.com

BETRÜGERISCHER PFLGEDIENST kassierte zu Unrecht.

Branche gesetzt, die durch ihr Verhalten leider auch das Ansehen der großen Mehrheit ehrlich arbeitender Pflegedienste gefährden.“

Insgesamt konnten die Ermittler der GKV-Prüfgruppe in den vergangenen elf Jahren fast zwei Millionen Euro allein für die Ersatzkassen im Land Bremen von Abrechnungsbetrügnern zurückholen. ■

Private Pflegevorsorge löst Problem nicht

Die Ersatzkassen begrüßen die Leistungsverbesserungen, die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zum 1.1.2013 eingeführt werden. Positiv zu bewerten ist, dass es keine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung geben wird. Damit bleibt es bei einer solidarischen paritätischen Finanzierung.



BUNDESGESUNDHEITSMINISTER Daniel Bahr

Am 29. Juni 2012 hat der Deutsche Bundestag das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) verabschiedet. Damit hat der Gesetzgeber die Förderung einer freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherung beschlossen. Als Anreiz für den Abschluss einer solchen Versicherung ist ein staatlicher Zuschuss in Höhe von 60 Euro pro Jahr geplant, unabhängig vom jeweiligen Einkommen. Der Umfang des Versicherungsschutzes kann individuell bestimmt werden, wobei die untere Grenze durch einen monatlichen Mindestbeitrag von 10 Euro vorgegeben ist. Außerdem muss die Versicherung eine Pfl egetagegeldversicherung beinhalten.

Für den Abschluss dieser Zusatzversicherung soll kein Gesundheitscheck verpflichtend sein. Dieser Umstand könnte zu höheren Beiträgen bei privaten Pflegezusatzversicherungen führen, mit der Folge, dass nur wirtschaftlich gut gestellte Versicherte eine derartige Versicherung abschließen und Zuschüsse in Anspruch

nehmen werden. Menschen mit unterdurchschnittlichem Einkommen blieben damit aus finanziellen Gründen unversorgt.

Aus Sicht der Ersatzkassen wird mit der Förderung der privaten Pflegevorsorge das grundsätzliche Finanzierungsproblem in der Pflege nicht gelöst. Der hierfür vorgesehene staatliche Zuschuss in Höhe von monatlich fünf Euro zu jeder förderfähigen Pflegezusatzversicherung wäre in der sozialen Pflegeversicherung besser investiert, um damit den Aufbau einer Demografiereise zu unterstützen.

Mehr Leistungen für Demenz-Kranke

Eine weitere Neuerung, die mit dem PNG in Kraft tritt, ist die Verbesserung der Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ab dem 1. Januar 2013. Finanzielle Leistungen für Demenz-Kranke und die Pflegestufen 0 bis II werden demnach erhöht. Diese Maßnahmen begrüßen die Ersatzkassen. Allerdings kann dies nur ein erster Schritt sein.

Wichtig ist insbesondere eine zeitnahe Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um Pflegebedürftigen angemessene Leistungen zur Verfügung stellen zu können. Eine Definition wurde bereits 2009 entworfen. Leider wurden die Ergebnisse nicht aufgegriffen. Dennoch ist es wichtig, jetzt eine verbindliche Vorgehensweise festzulegen, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden soll. Das jetzt verabschiedete Gesetz sieht hierzu keinen Zeit- und Finanzrahmen vor. ■

Kartellrecht für Krankenkassen?

Wenn ein Monopolist auf dem freien Markt Mitbewerber aufkauft, so wird dies selbstverständlich vom Bundeskartellamt sorgfältig geprüft. Wenn allerdings Krankenkassen miteinander kooperieren, um die bestmögliche Versorgung für ihre Versicherten auszuhandeln, so ist dies keine unerlaubte Absprache nach kartellrechtlichen Aspekten. Genau das will die Regierungskoalition jedoch ändern mit der nun vorgelegten 8. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle).

Gegen die undifferenzierte Anwendung des privatrechtlichen Kartellrechts auf die soziale Krankenversicherung haben in den vergangenen Wochen viele Kassen Einspruch erhoben. Auch der vdek in Bremen hat gemeinsam mit den anderen Kassenarten vor Ort Abgeordnete des Bundesrates angeschrieben. Als Alternative schlägt der vdek eigene sozialrechtsspezifische Wettbewerbsregeln für die gesetzlichen Krankenkassen vor. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, sagt: „Die Ausdehnung des Wettbewerbs- und Kartellrechts auf die Krankenkassen wirkt kontraproduktiv, behindernd und kostentreibend.“ Es sei zu befürchten, dass das Kartellrecht auch die Zusammenarbeit bei Präventions- oder Selbsthilfeförderung, freiwilligen Projekten wie Mammographie-Screening oder der Abwehr von Abrechnungsbetrug unter Generalverdacht stellen könnte.

Politisch haben die Krankenkassen von SPD und Grünen Zustimmung erhalten, aber auch in der Union waren kritische Stimmen zu hören. Die Bundesländer haben den entsprechenden Absatz mehrheitlich abgelehnt. Nun ist zu prüfen, ob die GWB-Novelle im Bundesrat zustimmungspflichtig ist.

Gut versorgt bis zum Schluss

Die bedarfsgerechte Versorgung mit Hospiz- und Palliativplätzen im Land Bremen wurde in den vergangenen Monaten intensiv diskutiert. Acht stationäre Hospizplätze im Hospiz Brücke, 22 Palliativbetten in Bremer und Bremerhavener Kliniken sowie sieben ambulante Hospizdienste stehen für Schwerstkranke und Sterbende zur Verfügung. Doch reicht das für das Bundesland aus?

Im März führte die Große Anfrage aller Fraktionen der Bremischen Bürgerschaft dazu, dass die Gesundheitssenatorin zu einem Runden Tisch einlud. Im Vorfeld wurden auch die Verbände der Kranken- und Pflegekassen um eine Stellungnahme gebeten. Beim Treffen im Juni ging es dagegen nicht so sehr um Einzelheiten, sondern eher um das weitere Verfahren. Die gesammelten Stellungnahmen sollen erst einmal ausgewertet sowie der qualitative und quantitative Bedarf ermittelt werden. Hierbei wird unter anderem auch die Versorgungsstruktur des niedersächsischen Umlandes mit zu beachten sein. Im Dezember 2012 will die Senatorin der Bürgerschaft Ergebnisse vorlegen. Aus Sicht der Verbände der Kranken- und Pflegekassen ist die Frage, was bedarfsgerechte Versorgung bedeutet, schwer zu beantworten. Zudem müssen auch Überkapazitäten vermieden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit geht in seinen Hochrechnungen von einem Bedarf von 50 Plätzen auf eine Million Einwohner aus. Rechnet man die insgesamt 30 Betten für die palliativmedizinische Versorgung auf diese Einwohnerzahl hoch, würde es bedeuten, dass im Land Bremen 45 Plätze zur Verfügung stehen. Damit liegt es im Bundesdurchschnitt gleichauf mit Berlin, Hamburg, Saarland und Thüringen. Wenn im kommenden Jahr das von den Johannitern geplante Hospiz in Bremen-Nord mit acht Plätzen eröffnet, verbessert sich die Situation weiter. Auch am Klinikum Links der Weser sind ab 2014 vier weitere Palliativbetten vorgesehen.

Die meisten Schwerstkranken wünschen sich jedoch, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Um diesem Wunsch zu entsprechen und dennoch eine gute Versorgung zu ermöglichen, ist die ambulante Versorgung ein weiterer Baustein im Gesamtkonzept. 2007 wurde ein gesetzlicher Anspruch auf eine Versorgung von schwerkranken Patienten im häuslichen Umfeld oder einer stationären Pflegeeinrichtung geschaffen. Mittlerweile bieten zwei Pflegedienste im Land Bremen die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) an. Daneben kümmern sich sieben ambulante Hospizdienste mit insgesamt knapp 260 Ehrenamtlichen um die Sterbenden zuhause. Die Ersatzkassen sind auch 2012 die größten finanziellen Förderer dieser wichtigen Aufgabe: Insgesamt schütteten die gesetzlichen Krankenkassen gemäß gesetzlichem Auftrag 338.651 Euro aus. Damit ist das Fördervolumen seit 2003 um ein Vierfaches gestiegen.

Selbsthilfe

Für Selbsthilfe im Land Bremen stellen die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr fast 146.000 Euro zur Verfügung. Im Vorjahr waren es noch fast 137.000 Euro. In zwei Förderrunden wird gemeinsam über Anträge von Selbsthilfegruppen entschieden. In der Hauptrunde im Frühjahr wurden 53 Selbsthilfegruppen gefördert. Förderkriterien und Formulare sind beim vdek erhältlich.

Pflegebedürftige

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist erneut gestiegen. Wie das Statistische Landesamt Bremen mitteilt, waren im vergangenen Jahr 13.028 Personen pflegebedürftig. Damit stieg ihre Zahl zwischen 2009 und 2011 um 5,6 % an. Vor allem die Gruppe der Pflegestufe I ist gewachsen (+ 11,2 %), ebenso der Anteil stationärer Tagespflege (+ 32,6 %).

Krebsregister

Die Bundesregierung hat das Krebsfrüherkennungs- und -registrieresetz (KFRG) beschlossen. Damit soll die Krebsfrüherkennung weiter entwickelt werden. Zudem werden die Bundesländer zur Einrichtung von klinischen Krebsregistern verpflichtet. Damit einheitliche und vergleichbare Strukturen entstehen, spricht sich der vdek dafür aus, nur ein Krebsregister pro Bundesland einzurichten.

Familienfreundlicher vdek

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat für seine familienfreundliche Personalpolitik das Zertifikat zum „audit berufundfamilie“ erhalten. Das von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung initiierte Qualitätszertifikat prämiiert seit 1998 Unternehmen, Institutionen und Hochschulen, deren familienfreundliche Unternehmensführung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besonders fördert. Zuvor hatte sich der vdek einem Auditierungsverfahren unterzogen und bestehende Potenziale betriebsinterner Familienfreundlichkeit analysieren lassen – mit Erfolg. Rund 580 vdek-Beschäftigte kommen flexible Arbeitszeitregelungen, individuelle Teilzeitmodelle sowie ein Ansprechpartner zum Thema Beruf und Familie zugute. Weitere Angebote, wie Eltern-Kind-Zimmer oder die Einrichtung temporärer Heim-arbeitsplätze bei Betreuungsgenpässen, sind in Planung.

BÜCHER

GKV-VStG im Praxistest

Erfahrene Fachleute des deutschen Gesundheitssystems beschreiben und kommentieren die Auswirkungen auf die Praxis durch die gesetzlichen Neuregelungen rund um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – umfassend und leicht verständlich. Das Buch erläutert, was die Neuregelungen konkret für Vertragsärzte, Krankenhausträger und MVZ bedeuten, aber auch für die Selbstverwaltung der GKV. Eine Synopse sowie ein Glossar runden die Ausführungen zu den Reforminhalten ab. Ein gelungenes Werk.



Halbe/Orlowski/Preusker/Schiller/Wasem
Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – Auswirkungen auf die Praxis
Februar 2012, 376 S., € 49,95
medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

Sicht eines Betroffenen

Bücher über Alzheimer und Demenz sind zahlreich, doch keines dieser Bücher wurde von einem Betroffenen selbst verfasst. Richard Taylor leidet an einer Demenz, vermutlich des Alzheimer-Typs, aber er hat all seine Erfahrungen mit der Erkrankung, seine Gedanken und Ideen in essayistischen Innen- und Außenansichten beschrieben. In seinen brillant formulierten, humorvoll gewürzten und vehement vorgetragenen Beiträgen setzt er sich dafür ein, das Erleben der Betroffenen besser zu verstehen, deren Rechte zu verteidigen und durch Schreiben ein Stück seiner selbst zu bewahren.



Richard Taylor
Alzheimer und Ich
Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf
3. Auflage 2011, 279 S., € 22,95
Verlag Hans Huber, Bern

ZAHL DES QUARTALS

Ersatzkassen wieder Marktführer in Bremen

Der Verband der Ersatzkassen hat erneut an Mitgliedern gewonnen. Mit Stichtatum 1.7.2012 waren insgesamt 239.220 Menschen bei den Ersatzkassen in Bremen versichert. In 2011 waren es noch 235.642 Versicherte. Insgesamt sind die Ersatzkassen nach wie vor die stärkste Kassenart im Land. Mitgliedsstärkste Einzelkasse hier ist die hkk mit 93.075 Versicherten. Fast alle Ersatzkassen konnten ihre Zahlen steigern. Auch bundesweit sind die sechs Ersatzkassen mit insgesamt über 25 Millionen Versicherten Marktführer. Im Jahr 2009 überrundeten die vdek-Kassen erstmals die Ortskrankenkassen. Die Tendenz setzt sich weiter fort: Auch im vergangenen Jahr hatten die Ersatzkassen die meisten Zuwächse unter den gesetzlichen Krankenkassen zu verbuchen.

MELDUNG

HZV-Vertrag

Mitte Juli 2012 schlossen die Ersatzkassen BARMER GEK, DAK, KKH-Allianz und HEK mit dem Bremer Hausärzterverband einen ergänzenden Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Damit wird der Schiedsspruch den gesetzlichen Änderungen angepasst. Hierzu waren die Ersatzkassen unabhängig von der eingereichten Klage gegen den Schiedsspruch verpflichtet. Der Vertrag gilt ab 2013. Der von der Techniker Krankenkasse abgeschlossene HzV-Vertrag ist bereits seit 2012 wirksam.

SOZIALWAHL 2012

Kampagne gewinnt Kommunikationspreis

FOTO: vdek



Der Deutsche Preis für Onlinekommunikation 2012 in der Kategorie „Kampagnen für Institutionen“, verliehen vom deutschen Pressesprecherverband, ging an den Verband der Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung BUND (DRV) und die Kommunikationsagentur A&B One Digital Gemeinsam hatten die Gewinner eine Onlinekampagne zur Sozialwahl 2011 durchgeführt und versucht, möglichst viele Menschen von der Teilnahme an der Sozialwahl zu überzeugen. Durch die Kampagne ist es gelungen, rund 18 Millionen Wahlberechtigten die Vorteile einer Selbstverwaltung über die digitalen Kanäle wie Facebook, Youtube und Twitter verständlich und erlebbar aufzuzeigen und eine große Zahl von Versicherten davon zu überzeugen, ihre Vertreter zu wählen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
Telefon 04 21 / 16 56 5-6
Telefax 04 21 / 16 56 5-99
E-Mail LV-Bremen@vdek.com
Redaktion Birgit Tillmann
Verantwortlich Karl L. Nagel
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4061