C 21156 F

report
hamburg
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
Dez. 2005

ersatzkassen

Krankenhaus-Qualitätsberichte im Internet

Transparenz für alle

Das ist neu: Krankenhäuser sind jetzt verpflichtet, im Abstand von zwei Jahren einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). In einer Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (GKV), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie des Deutschen Pflegerates wurden Inhalt und Umfang des so genannten Strukturierten Qualitätsberichts festgelegt. Von den Vertragspartnern und -beteiligten wurden darüber hinaus gemeinsam Ausfüllhinweise erstellt. Der Qualitätsbericht soll:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung sein,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen geben,
- Krankenhäusern die Möglichkeit bieten, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Er soll daher einen systematischen Überblick über die Struktur- und Leistungsdaten sowie das Qualitätsmanagement des Krankenhauses in einer allgemein verständlichen Form geben.

Der Qualitätsbericht ist in zwei Versionen zu übermitteln: in geschützter Form für die Veröffentlichung im Internet (http://www.g-qb.de) und in maschinenlesbarer Form.

In dieser Ausgabe:

Gesundheitspolitik
Koalitionsvereinbarungen treiben Beitragssätze in die Höhe

Krankentransporte
Versicherte haben ein Recht auf Sachleistung

Wissenschaftlich erwiesen
Hamburger Kinder haben immer gesündere Zähne

Rahmenplanung
Was bringt sie der pflegerischen Versorgung?

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Die Vertragspartner haben sich in einer Protokollnotiz darauf verständigt, dass die nicht veränderbare, elektronische Fassung des Qualitätsberichtes (pdf-Datei) von den **Krankenhäusern** erstmals spätestens zum 31. August 2005 zu übermitteln ist. Diese Version des Qualitätsberichtes war von den Landesverbänden der **Krankenkassen** und den Verbänden der Ersatzkassen sowie von der PKV erstmals spätestens zum 30. September 2005 für das Jahr 2004 im Internet unter http://g-qb.de zu veröffentlichen. Diese Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen.

Jetzt wird genau hingeschaut: Krankenhäuser müssen regelmäßig Qualitätsberichte liefern und ihre Leistungen vergleichen lassen.

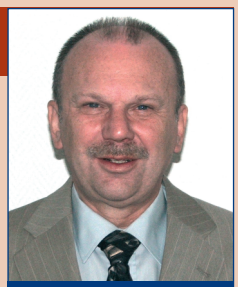
Die GKV und die PKV empfehlen gemeinsam mit dem Bundesverband deutscher Privatkrankenanstalten eine einheitliche Übermittlung der Strukturierten Qualitätsberichte. Gleichzeitig sollen die Krankenkassen und ihre Verbände mit Hilfe einer einheitlichen Datensatzbeschreibung vergleichbare und aussagekräftige Daten erhalten, um die Versicherten auf dieser Basis vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen zu können. Inzwischen liegen die Qualitätsberichte von fast 2000 Krankenhäusern vor.

Das Informations- und Auskunftssystem der Ersatzkassen kann seit Oktober 2005 genutzt werden. Auf der Homepage des VdAK/AEV und der einzelnen Mitgliedskassen ist eine professionelle Suchmaschine installiert, mit deren Hilfe sich die Versicherten informieren können (Domain-Name: Klinik-Lotse).

Es besteht die Möglichkeit zum Download und Ausdruck, zur Einschränkung oder Erweiterung von Suchkriterien bei einer zu großen oder zu kleinen Anzahl von Suchergebnissen, Suche nach Region, Fachabteilung, Versorgungsschwerpunkten, therapeutischen Möglichkeiten, Fallzahlen, ambulanten Operationen usw. Somit sind Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Krankenhäusern nach vielen Aspekten möglich.

Der Kommentar

Qualitäts-Transparenz: Durchbruch jetzt gelungen?



Herbert Korfmacher, VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

Qualitätssicherung im Krankenhaus ist bereits seit vielen Jahren gesetzlich vorgeschrieben. Für die Patienten war dies aber eher intransparent. Aber auch die Krankenkassen waren in das Verfahren nur bedingt eingebunden. Durch das Kuratorium und die Projektgeschäftsstelle der Einrichtung „Externe Qualitätssicherung (EQS)“, die von den Hamburger Krankenkassen/-verbänden und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft geschaffen wurde, hat es viele Anregungen zur Verbesserung der Qualität gegeben.

Ob sich daraus konkrete Änderungen und somit mehr Qualität in den Hamburger Krankenhäusern ergeben haben, bleibt unklar. Größtes Hindernis war bisher die fehlende Möglichkeit, die Datenlage nach außen sichtbar zu machen und ggf. Konsequenzen zu ziehen. Mit der gesetzlichen Verpflichtung für die Krankenhäuser, Qualitätsberichte zu erstellen und diese für eine Veröffentlichung freizugeben, wird der vorher genannte Mangel beseitigt.

Es handelt sich um Daten der Krankenhäuser und nicht um Auswertungen der Krankenkassen. Trotzdem sind erstmals Vergleiche und Qualitätshinweise aus diesen Daten und Berichten erkennbar.

Die Ersatzkassen geben Ihren Versicherten die Möglichkeit, bundesweit das für den jeweiligen Einzelfall geeignetste Krankenhaus auszuwählen. Das neue Verfahren ist ein weiteres Angebot, mit dem Transparenz geschaffen werden kann. Machen Sie Gebrauch davon! Ihre Ersatzkasse hilft Ihnen dabei.

Albertinen-Haus ausgezeichnet

Das Hamburger Albertinen-Haus, ein Zentrum für Geriatrie und Gerontologie mit angegliedertem Pflegeheim, hat im Juni 2005 den Deutschen Präventionspreis 2005 für das Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter" erhalten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), die Bertelsmann Stiftung und die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hatten den Preis in diesem Jahr zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte" ausgeschrieben.

Deutscher Präventionspreis

Das Albertinen-Haus bietet für Senioren, die noch selbstständig zu Hause leben, ein ganzheitlich orientiertes Programm. Dafür steht ein vierköpfiges interdisziplinäres Team (Arzt, Ökotrophologe, Bewegungstherapeut und Sozialpädagoge) bereit. Knapp 40 beteiligte Hausärzte, die sich regelmäßig zu geriatrischen Qualitätszirkeln treffen, vermitteln den Senioren den Zugang zum Programm. Die Maßnahme umfasst:

- eine halbtägige Informationsveranstaltung und Beratung in Kleingruppen,
- einen individuellen Ernährungs- und Aktivitätenbrief mit den Ergebnissen der Beratung und entsprechenden Angeboten,
- die Möglichkeit zu einem freiwilligen Erfahrungsaustausch und der Teilnahme an Workshops nach einem halben Jahr.

Die Maßnahmen sollen gesundheitsförderndes Verhalten in den Alltag der Senioren integrieren, um die Lebensqualität und Eigenständigkeit lange zu erhalten und Pflegebedürftigkeit oder Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die Wirksamkeit wird nach sechs Monaten durch eine Befragung der Programmteilnehmer gemessen.

Die Ergebnisse sind beachtlich. 67 Prozent aller Teilnehmer übten einen für Senioren geeigneten Ausdauersport wie Nordic Walking, Thai-Chi oder Krafttraining an Geräten aus. 77 Prozent hatten ihr Trinkverhalten verbessert.

Die Ersatzkassen in Hamburg fördern die Maßnahme.

Krankentransporte

Versicherte haben ein Recht auf Sachleistung

Seit dem Sommer gibt es Auseinandersetzungen mit den Hilfsorganisationen (Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter Unfall-Hilfe, Malteser Hilfsdienst – [Hiorgs]), und zum Beginn des nächsten Jahres werden auch Konflikte mit großen Teilen der Privaten Krankentransporteure zur Vergütungshöhe von Krankentransporten erwartet.

Den Ersatzkassen war es im Herbst 2003 gelungen, mit den ersten privaten Unternehmern eine Vergütungsvereinbarung zu schließen, die im Gegensatz zu den bereits zu Stande gekommenen Vereinbarungen der anderen Kassenarten an dem bewährten Einzugsverfahren der Eigenanteile durch den Leistungserbringer festhielt und dennoch günstigere Vergütungen beinhaltete. Parallel wurde dies mit den Hiorgs versucht. Die Verträge waren unterschriftsreif, da wurde die Zusage insbesondere durch den ASB und das DRK widerrufen. Seitdem herrscht ein vertragsloser Zustand, da die Ersatzkassenverbände in Hamburg die seit 1999 bestandenen Vereinbarungen im Herbst 2003 gekündigt hatten. Hingegen unterzeichneten alle privaten Unternehmen die Vereinbarungen.

Ende August 2005 hoben die Hiorgs, wie zuvor angekündigt, die alte Pauschale einseitig um 13 Euro an. Die Privaten Unternehmer kündigten die Vereinbarung zum Ende des Jahres. Auch hier droht eine einseitige Anhebung.

Die Krankenkassenverbände in Hamburg sind sich einig, dass sie dem Ansinnen der Hiorgs und der privaten Unternehmer, die sich mittlerweile in der Arbeits- und Interessengemeinschaft Krankentransporte (AIK-Hamburg) zusammengeschlossen haben, nicht nachgeben werden. Die Sach- und Rechtslage spricht nach eingehender Prüfung für die Krankenkassen. Ein einseitiges Anheben der Preise ist auch nach dem Ende der Vergütungsvereinbarung unzulässig. Auch das von Seiten der Leistungserbringer angekündigte Versenden von Privatrechnungen an die Versicherten ist nicht gestattet, da diese gegenüber ihrer Krankenkasse bis auf die gesetzliche Zuzahlung einen Sachleistungsanspruch haben.

Die Krankenkassen und ihre Verbände werden alles Erforderliche unternehmen, die Versicherten vor dem „Abkassieren" zu bewahren.

Koalitionsvereinbarungen treiben Beitragssätze in die Höhe

Streit um Bürgerversicherung und Kopfgeld auf später verschoben

In der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD sind die von den Parteien vor den Wahlen angekündigten Strukturreformen größtenteils Programmansätze, die erst noch konkretisiert und mit Leben erfüllt werden müssen. Die eingeplanten Einsparungen der Haushaltspolitiker richten allerdings großen Schaden im Gesundheitswesen an und werden wahrscheinlich mittelfristig zu Beitragssatzerhöhungen führen. Das war das Fazit, das die Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Dr. Doris Pfeiffer, Mitte November vor Journalisten in Hamburg zog.

Mit der Mehrwertsteuererhöhung um drei Prozentpunkte konterkarieren die Haushaltspolitiker die notwendigen Sparbemühungen der Gesundheitspolitiker. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kostet ein zusätzlicher Prozentpunkt Mehrwertsteuer rund 295 Millionen Euro Mehrausgaben bei den Arzneien sowie Heil- und Hilfsmitteln. Bei einer Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent macht das rund 900 Millionen Euro Zusatzbelastung ab 2007 aus. Mit der drastischen Erhöhung der Mehrwertsteuer wird der ermäßigte Steuersatz auf Arzneien notwendiger denn je.

Doch damit nicht genug: Die Haushaltspolitik langt auch bei der Erstattung versicherungsfremder Leistungen zu. Der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vereinbarte Steuerzuschuss soll nun schrittweise auf Null zurückgeführt werden. Zwar konnte der gesetzliche beschlossene und von den Krankenkassen fest eingeplante Zuschuss in Höhe von 4,2 Milliarden Euro, der zum Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Leistungen aus der Tabaksteuer aufgebracht werden sollte, für 2006 noch gerettet werden. Doch ab 2007 soll er schrittweise wieder auf Null zurückgefahren werden. Das verschärft die finanziellen Probleme der GKV massiv. Dabei hatte man sich doch gerade erst bei der letzten Reform verständigt, dass die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie Mutterschaftsgeld oder kostenfreie Versicherung in der Elternzeit durch Steuermittel sinnvoll und notwendig ist.

Im Ergebnis wird die Sanierungspolitik bei Bund und Ländern zu Beitragssatzsteigerungen bei der GKV führen. Dem Ziel, die Lohnnebenkosten zu senken und damit den Faktor Arbeit zu verbilligen, steht das diametral entgegen.

Zusammen mit einer für 2006 prognostizierten ohnehin erforderlichen Beitragssatzanhebung um 0,25 Prozentpunkte wegen Unterdeckung in anderen Bereichen werden die Maßnahmen „Mehrwertsteuererhöhung“, die sich nicht nur auf Arzneimittel, sondern zum Beispiel auch auf Heil- und Hilfs-

Bereits im Vorfeld der Bundestagswahlen im August trafen sich Mitglieder des Hamburger Landesausschusses mit den Hamburger Spitzenkandidaten der einzelnen Parteien, um den Politikern ihre Anliegen vorzutragen und sich über deren Vorhaben im Gesundheitsbereich zu informieren. Foto: Kahnert

mittel auswirkt, und „Reduzierung des Zuschusses“ zu einer Beitragssatzanhebung um rund 0,3 Prozentpunkte in absehbarer Zeit führen. Der durchschnittliche Beitragssatz würde damit von 13,3 auf 13,6 Prozent des Bruttoeinkommens steigen.

Daran ändert auch die geplante Entlastung im Arzneimittelsektor nichts. Mit dem beschlossenen Sparpaket bei den Arzneimitteln – sichtbar im Ausgabenzuwachs von über 18 Prozent in den ersten neun Monaten dieses Jahres – ist klar geworden, dass der dringende Handlungsbedarf bei beiden Koalitionsparteien ins Bewusstsein gedrungen ist. Sogar die Union scheut mit Preismoratorium und Preisabsenkung bei den Generika nicht vor Interventionen in den Pharmamarkt zurück. Diese rund zwei Milliarden Euro Einsparungen werden aber durch den Verlust des Transfers aus der Tabaksteuer mehr als aufgefressen.

Pfeiffer: „Ich halte es für ziemlich absurd, dass alle Parteien vor der Wahl betont haben, sie wollten die Lohnnebenkosten senken, indem Teile aus Steuern finanziert werden, und jetzt macht man genau das Gegenteil: Man belastet die Sozialversicherung und erhöht damit den Druck auf die Beitragssätze.“

Dass die Koalition wichtige Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik auf das kommende Jahr verschoben hat, sei ebenfalls falsch. Sie rechnete vor, dass jährlich 200 000 Mitglieder aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung abwandern. Als Faustregel gelte, dass 100 000 Wechsler rund 500 Millionen Euro pro Jahr Einnahmeverlust für die GKV bedeuten, da es die Gutverdiener sind, die die GKV verlassen können und damit die Finanzkraft der GKV schwächen. Pfeiffer: „Für dieses Probleme muss dringend eine Lösung gefunden werden. Der VdAK/AEV fordert deshalb eine Pflichtmitgliedschaft für alle abhängig Beschäftigten und eine Abschaffung der bisher geltenden Versicherungspflichtgrenze, die derzeit bei einem Bruttoentgelt von 3900 Euro liegt.

Die Gesundheitspolitik rangierte bei den Koalitionären hinter den großen Themen der Haushalts-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik. Da war ausgeschlossen, dass an den gesundheitspolitischen Streitfragen der Koalitionsvertrag scheitert. Zwar hat die Union nicht an ihrem Gesundheitsprämienmodell festgehalten, und die SPD nicht auf der Bürgerversicherung beharrt, beide Parteien konnten sich aber nicht dazu durchringen, anderen Maßnahmen zur Stabilisierung der Einnahmen der GKV zuzustimmen. So musste die Entscheidung über eine Finanzreform der GKV kurzerhand vertagt werden. Aufgeschoben darf aber nicht aufgehoben bedeuten.

Wir wünschen allen Lesern schöne Feiertage und alles Gute für das neue Jahr!

Der Kommentar

Günter Ploß, VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

Gesundheitspolitik nach Kassenlage

Wer gedacht hat, dass große Koalitionen große Lösungen ermöglichen, ist durch die Koalitionsvereinbarung enttäuscht. Für die Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich erhebliche Risiken zum Beispiel durch die Anhebung der Mehrwertsteuer.

Entlarvt hat sich die Koalition durch den Beschluss, den Steuerzuschuss für die Kassen in Höhe von 4,2 Milliarden Euro zur Abdeckung versicherungsfremder Leistungen zu streichen! Diese Leistungen sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die gesamtgesellschaftlich zu finanzieren sind. Durch den kompletten Wegfall der Erstattungen ab 2008 wird deutlich, dass Erstattungszahlungen des Bundes nicht die nötige Zuverlässigkeit haben. Wenn bereits bei diesem Betrag eine Politik nach Kassenlage praktiziert wird, ist ein Kopfprämienmodell, bei dem ein Ausgleich in einer Größenordnung von 25 bis 30 Milliarden Euro über dem Bundeshaushalt finanziert werden muss, absolut unrealistisch und steht auf tönernen Füßen. Zumindest insofern hat die Koalitionsvereinbarung Klarheit gebracht: Das Kopfprämienmodell ist politisch tot.

Studie bestätigt:

Hamburger Schulkinder haben immer gesündere Zähne

Die Zahngesundheit der Hamburger Schulkinder hat sich in den letzten Jahren erneut deutlich verbessert. Das geht aus einer wissenschaftlichen Studie des Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde am Universitätsklinikums Eppendorf (ZMK) hervor, die Prof. Dr. Ulrich Schiffner auf einer Pressekonferenz der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Hamburg (LAJH) im September in den Räumen der VdAK/AEV Landesvertretung vorstellte.

Demnach haben 52 Prozent der Hamburger Schulanfänger naturgesunde Milchzähne, also keinen einzigen Zahn mit einem Loch oder einer Füllung. Vor zehn Jahren waren es 40 Prozent. Im Durchschnitt hatten die Hamburger Schulanfänger 1,8 Zähne mit einem Defekt. Bei den 12-jährigen Schülern fiel das Ergebnis der Untersuchung noch besser aus. Erfreuliche 61 Prozent haben noch gesunde bleibende Zähne (38 Prozent vor zehn Jahren). Im Durchschnitt hat diese Altersgruppe 2,4 defekte Zähne. Bei den 15-Jährigen haben noch 41 Prozent ein vollkommen gesundes Gebiss.

Pressekonferenz im Hause der VdAK/AEV-Landesvertretung (v. l.): Prof. Schiffner, ZMK-Mitarbeiter, Günter Ploß, Leiter der Ersatzkassenverbände in Hamburg und stellvertretender LAJH-Vorsitzender, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Vorsitzender der LAJH und Präsident der Zahnärztekammer Hamburg, Gerd Eisentraut, LAJH-Geschäftsführer und Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow, Zahnklinik des UKE. Foto: Kahnert

Für alle Altersgruppen gelte jedoch, so Schiffner, dass eine kleine Gruppe Kinder einen sehr schlechten Zustand bei der Zahngesundheit aufweise. Die weiter gehenden Analysen der ZMK zeigten, dass der Kariesbefall stark von der sozialen Schicht der Kinder abhänge.

Die Erhebung der ZMK basiert auf einer Rahmenempfehlung zur Förderung der Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), die Ergebnisse sind repräsentativ und können über die Jahre miteinander verglichen werden.

Die Untersuchungsbefunde werden schriftlich dokumentiert. Zugleich findet eine soziale Einstufung des Kindes statt. Zur Kennzeichnung der Sozialschicht des Kindes wird die Schulbildung der Eltern herangezogen. Alle Befunde einer Region werden statistisch ausgewertet und überprüft, zentral zusammengetragen und publiziert.

In Hamburg wurden die Untersuchungsergebnisse von 1048 Kindern ausgewertet. Die Gruppe der 15-Jährigen wurde im Hamburg bereits 1988 erstmals erfasst. Die Ergebnisse werden in dem international üblichen DMFT-Index dargestellt, der die Zahl der kariösen, fehlenden oder mit einer Füllung versehenen Zähne zusammenfasst. Je höher der Wert, desto schlechter die Zahngesundheit des Kindes.

Insgesamt kann bei allen drei in Hamburg erfassten Gruppen eine erfreuliche Verbesserung der Zahngesundheit festgestellt werden. In der Gruppe der Schulanfänger ist jedoch auffällig, das sich die Zahndefekte nicht gleichmäßig verteilen. Die weit überwiegende Zahl der Kinder hat nur einen oder wenige Defekte. Eine kleine Gruppe von Kindern hat mit einem Index von 7,7 eine erhebliche Zahl von Defekten im Milchgebiss und trägt somit auch ein hohes Risiko, an den bleibenden Zähnen zu erkranken. Die hohe Zahl von durchschnittlich fast acht kariösen Zähne zeigt deutliche Defizite bei Ernährung und Mundhygiene.

Ähnlich verhält es sich in den beiden anderen Altersgruppen, wobei in der Gruppe der 12-Jährigen die Kluft zwischen überwiegend zahngesunden Kindern und der Kariesrisikogruppe relativ gering ist. Einem DMFT-Wert von 0,4 der allenfalls geringfügig von Karies Betroffenen steht ein Wert von 4,1 bei der Risikogruppe gegenüber. Erst bei den 15-Jährigen wird die Kluft wieder größer. 15 Prozent der Jugendlichen haben fünf und mehr Defekte. Im Durchschnitt weisen sie 7,4 kariöse Zähne auf im Gegensatz zu den übrigen Jugendlichen mit 1,1 Defekten.

Auch wenn sich die Mundgesundheit weiter verbessert hat, betonen die Verantwortlichen der LAJH weiterhin die Notwendigkeit, sich zu engagieren. Die LAJH bietet seit einiger Zeit das Fluoridlackprogramm speziell für Kinder der Risikogruppen an. Derzeit nehmen 8711 Kinder unter Aufsicht des Schulzahnärztlichen Dienstes daran teil.

Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren alle Maßnahmen in Kindergärten und Schulen und brachten im Jahr 2004 dafür über 500 000 Euro auf. Die LAJH kündigte weitere Initiativen für eine risikogruppenspezifische Prophylaxe an.

Was bringt die Rahmenplanung?

Die Rahmenplanung hat nach dem Landespflegegesetz die Aufgabe der Bestandsaufnahme und der Bedarfsermittlung der pflegerischen Versorgung nach gegenwärtigen und zukünftigen Aufgabenstellungen. Erstellt wird sie von der Behörde für Soziales und Familie.

Die Behörde hat es sich mit dem Rahmenplan 2006 bis 2010 einfach gemacht. Sie hat bezüglich zukünftiger Bedarfe den Bestand anhand von Bevölkerungsschätzungen fortgeschrieben.

Im Ergebnis heißt das: Mit dem bestehenden Angebot an ambulanten Pflegediensten ist der Bedarf gedeckt. Die rechnerisch notwendige Steigerung der stationären Pflegeplätze von vier bis fünf Prozent regelt der Markt. Mit Investitionsförderung für Tagespflege und Kurzzeitpflege erfolgt eine Stärkung der ambulanten Pflege, um in der Häuslichkeit verbleiben zu können oder dahin zurückzukehren.

Kein Planungsbedarf besteht bei ambulanten Hospizdiensten, da diese von den Krankenkassen gefördert werden. Zu alternativen Wohnformen gibt es einen „Runden Tisch" und Zuwendungen an eine Koordinationsstelle, das muss reichen.

Die Kritik im Anhörungsverfahren war vielfältig. Aus Sicht der Ersatzkassenverbände fehlt vor allem eine differenzierte Darstellung verschiedener Einflussfaktoren und eine klare Perspektive für den Vorrang von ambulanter vor stationärer Pflege. Aufgenommen wurde dann doch eine Präambel mit der Zusage, die Ergebnisse im Planungszeitraum zu überprüfen. Nur so ist die Rahmenplanung für die Ersatzkassenverbände als gemeinsame Arbeitsgrundlage vorstellbar.

Kurz gemeldet

- Die Hamburger Krankenhäuser werden ihre Leistungen mit dem weiterentwickelten Fallpauschalenkatalog 2006 noch differenzierter darstellen können. Verbessert wurden insbesondere die Abbildung der Kosten für den Intensivbereich, die Onkologie, die Unfallchirurgie, die Kinderheilkunde und die Behandlung bei Schlaganfällen.
- Seit 1. April 2005 gilt für ambulante Operationen, die im Krankenhaus durchgeführt werden, die gleiche Vergütung wie für die von niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen. Bisher war die Vergütung im Krankenhaus für alle Kassen einheitlich, seit April wird der für die jeweilige Kassenart geltende Quartals-Punktwert der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Grundlage ist eine Entscheidung des Bundesschiedsamtes.
- Pflegekassenverbände und Sozialhilfeträger konnten mit den Anbieterverbänden der Pflegedienste erneut eine Vergütungsregelung realisieren, mit der nachgewiesene Qualitätskriterien die Höhe der Vergütung bestimmen. Das Gesamtvolumen liegt bei 1,16 Prozent auf 18 Monate gerechnet. Nachweis und Abschluss auf Basis der Regelung erfolgt mit jedem Pflegedienst einzeln.
- Sechs ambulante Hospizdienste wurden in Hamburg in diesem Jahr mit einem Betrag von insgesamt 261.274 Euro unterstützt. Davon entfallen allein über 117 000 Euro auf die Ersatzkassen. Die geförderten ambulanten Hospizdienste haben 2004 mit insgesamt 220 ehrenamtlich Tätigen 169 Sterbebegleitungen in Haushalten und Familien erbracht.
- Im Frühjahr 2006 wird den Versicherten der Ersatzkassen mit koronarer Herzerkrankung ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP KHK) angeboten werden. Vom Hausarzt über den Facharzt bis zum Krankenhaus und der Rehabilitation sind dann einheitliche Behandlungsleitlinien zu berücksichtigen, die individuell auf den Patienten angewendet werden sollen. Nach Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Patientinnen mit Brustkrebs wird in Hamburg damit ein drittes DMP zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen angeboten werden. Dem werden noch DMP bei Diabetes mellitus Typ 1, Asthma und COPD folgen.

Der Hammer des Monats

Oh du fröhliche ... Kaputtmachzeit

Wenn Kinder sich sehnlichst ein bestimmtes Spielzeug wünschen, es aber schon am Heiligabend unterm Weihnachtsbaum auseinander genommen haben (man will ja schließlich wissen, wie es von innen aussieht), dann hat man ja vielleicht ein gewisses Verständnis für die kleinen Forscher. Wenn große Organisationen wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft sich so verhalten, dann ist das Verständnis – nun ja – marginal geringer.

Über Jahre haben die Krankenhäuser und ihre Dachorganisation beklagt, dass sie fürs ambulante Operieren einen festen Punktwert bekamen, während die niedergelassenen Ärzte für die gleiche Leistung mit einem kassenartenspezifischen Punktwert beschert wurden, der in manchen Fällen eben höher war als der Klinikpunktwert (aber in manchen auch niedriger).

Nun hat das Bundesschiedsamt im April entschieden, dass der Krankenhauspunktwert ebenso nach Kassenarten spezifiziert werden muss wie im ambulanten Bereich. Hurra, jetzt kriegen alle ein Schaukelpferd!

Aber nein, das hat ja einen blauen Sattel und keinen roten! „Bäääh" schreien die Bescherten und machen ihr Spielzeug kaputt. Die DKG hat den Vertrag zum 30.6.2006 gekündigt. Nicht, weil sie plötzlich gegen differenzierte Punktwerte wäre, sondern weil der Vertrag in Marginalien nicht so ist, wie sie ihn wollten. Der Sattel muss eben rot sein!

Oh Tannenbaum, oh Tannenbaum, jetzt woll'n wir auf die ... haun!

Bücher

„Sie haben es doch gut gemeint" – Depression und Familie

Josef Giger-Bütler, Beltz-Verlag, Weinheim 2003, 244 Seiten, 17,90 €.

Giger-Bütler weist nach, dass die Wurzel der Depression in der Kindheit liegt, weil diese Kinder sich selbst ständig überfordert haben, um es allen recht zu machen – bis zur Selbstaufgabe. Verständlich, einfühlsam und unter weit gehendem Verzicht auf Fachbegriffe beschreibt der Autor Familienkonstellationen und Erziehungsstile, die krank machen - das beste Buch zu diesem Thema seit Alice Miller!

Zeit für Liebe – Sex, Intimität und Ekstase in Beziehungen

Diana Richardson, Taschenbuch, Innenwelt-Verlag, Köln, 2005, 284 Seiten, 19,50 €.

Es handelt sich um eine Art Aufklärungsbuch für reifere Erwachsene. In einfachen, nachvollziehbaren Schritten zeigt die Autorin, wie man mit dem Partner eine erfüllte Sexualität leben und dabei die Sensibilität steigern kann, auch wenn die ersten Alterserscheinungen auftreten. Muße, Gelassenheit, Aufmerksamkeit, Respekt und Achtung sind dabei die Schlüsselbegriffe.

Die Kraft der Emotionen – Emotionales Training (Reihe: GU Gesundheit Spezial)

Dagmar Herzog, Taschenbuch mit CD, Verlag Gräfe und Unzer, München, 144 Seiten, 15,90 €.

Die Autorin stellt ein spezielles Training vor, in dem mit Hilfe von positiven Emotionen Stress abgebaut wird und Depressionen, Ängste und Schlafstörungen überwunden werden können. Besonders Menschen, die sich gut innere Bilder vorstellen können, werden mit diesem Buch gerne arbeiten.

Impressum

Herausgeber:
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Verantwortlich: Günter Ploß · Redaktion: Vera Kahnert