

report hessen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2007

ersatzkassen

GKV-WSG in Kraft – Auswirkungen auf die stationäre Versorgung **Vorbereitungen laufen auf Hochtouren**

Das GKV-WSG hat schon lange vor seiner Verabschiedung höchst unterschiedliche Würdigungen in der Öffentlichkeit erfahren. Die Zufriedenheit der Selbstverwaltungen mit dem Gesamtkunstwerk ist zwar nicht gestiegen, trotzdem muss man sich mit den beschlossenen Änderungen auf der Sachebene auseinandersetzen.

Wie sich diese Änderungen auf die Versorgung der Versicherten und die Aufgaben der Vertragsparteien auswirken, die diese Regelungen umsetzen, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen, werden wir sukzessive in unseren Veröffentlichungen berichten.

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

Im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Kuren wurde der einschlägige § 24 SGB V dergestalt geändert, dass aus einer sogenannten „Kann-Leistung“ eine „Regel-Leistung“ wurde. Die Formulierung: „Die Krankenkasse kann“ wurde ersetzt durch „Versicherte haben...Anspruch auf...“. Die Versicherten haben nun, sofern es aus medizinischen Gründen erforderlich ist, den Anspruch auf eine Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung.

In dieser Ausgabe:

- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft
- Leistungsbeweis für gemeinsame Selbstverwaltung
- Pflege
Häusliche Krankenpflege nach Inkrafttreten des GKV-WSG
- Bessere Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige
- Ersatzkassen bieten neues Versorgungsprogramm

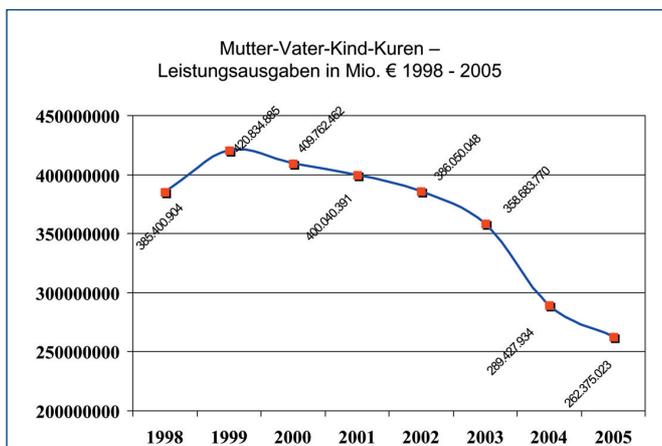
Was hat sich denn nun tatsächlich verändert?

Die Versicherten hatten vor der Änderung des Gesetzes bereits die Möglichkeit einer Leistungsgewährung durch ihre Krankenkasse entweder für eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, sofern diese aus medizinischen Gründen erforderlich war. Die Krankenkassen haben vor der Leistungsgewährung routinemäßig den Medizinischen Dienst

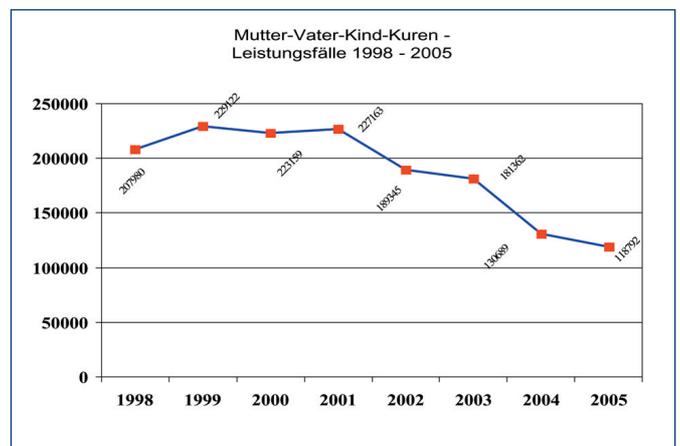
der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit beauftragt; dies, um mit den treuhänderisch verwalteten Krankenversicherungsbeiträgen möglichst sparsam und effizient zu wirtschaften.

Bei der Prüfung hat sich häufig gezeigt, dass die Versorgung nicht in einer Vorsorge- sondern adäquaterweise in einer indikationsspezifischen Rehabilitationseinrichtung bzw. dafür zugelassenen Einrichtungen des Müttergenesungswerkes zu erfolgen habe. Eine solche Routineprüfung darf in Zukunft von den Kassen nur noch stichprobenartig in Auftrag gegeben werden, da die Verordnung durch einen Arzt die medi-

zinische Notwendigkeit bereits dokumentiert und somit die Leistungspflicht ausgelöst wird. Bei Verlängerungsanträgen wird eine Prüfung durch den MDK erfolgen. Dies wird von großem Nutzen sein und aufzeigen, ob und ggf. in welchem Umfang Maßnahmen schon von Beginn an fehlgesteuert waren. Gegenüber der VdAK/AEV Landesvertretung Hessen wurde von Vertretern des Müttergenesungswerkes die Befürchtung geäußert, dass durch den Entfall der Vorprüfung möglicherweise zum Teil Mütter und Väter in Maßnahmen kommen, die in einer indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahme besser therapiert werden könnten, und somit nicht in den geregelten Therapieablauf integriert werden können.



Grafik 1: Ausgabenentwicklung im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Kuren



Grafik 2: Entwicklung der Leistungsfälle im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Kuren

DER KOMMENTAR

Die erfolgte Gesetzesänderung zur Aufwertung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter beendet zunächst für das Müttergenesungswerk ein jahrelang vorgetragenes Problem mit vielschichtigen Wurzeln. Galt bislang durchgängig für die gesetzlichen Krankenkassen das absolute Primat „ambulant vor stationär“, so wird dieses als familienpolitische Maßnahme nun auf Kosten des Beitragszahlers ausgesetzt. Galt es bislang im Rahmen der Verpflichtung von Wirtschaftlichkeit festzustellen, ob ambulant-wohnortnahe Maßnahmen ausgeschöpft waren, so fällt diese Beurteilung nun den Vertragsärzten zu.

Im Gegensatz zu Rehabilitationsmaßnahmen, die nur von qualifizierten und autorisierten Vertragsärzten verordnet werden dürfen, ist weiterhin jeder Vertragsarzt berechtigt, Vorsorgemaßnahmen gemäß § 24 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu verordnen. War es bei bisherigen Verordnungen für Mütter oder Väter für die Krankenkasse erforderlich, zu prüfen, ob es sich bei der Indikationsstellung um eine Rehabilitations-Maßnahme handelt, für deren Durchführung in einer Rehabilitations-Klinik die entsprechende Genehmigung zu erteilen war und ggf. die Kostenträgerschaft bei der Rentenversicherung lag, so unterschied sich dies von einer reinen Vorsorgemaßnahme, für die es keiner Rehabilitations-Klinik bedurfte.

War die stationäre Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter bislang keine Pflichtleistung, so konnten die entsprechenden finanziellen Aufwendungen auch nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Krankenkassen mit einem höheren Anteil von Vätern und Müttern erhalten hier nun einen finanziellen Ausgleich.

Angesichts der häufigen Fallkonstellationen, bei denen sich Vorsorge- und Rehabilitationsbedarf überlappte, wird mit der Gesetzesänderung die Chance eröffnet, dem indikationsstellenden Arzt eine Verantwortung zu übertragen, die auf der anderen Seite deutlich den Aufwand an Medizinbürokratie verringert.



Dr. Hubert Schindler,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hessen

§ 116b SGB V

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Eine weitere Änderung der bisherigen Rechtsgrundlagen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus wird möglicherweise gravierende Auswirkungen auf die Versorgung und die Ausgaben der Krankenkassen haben.

Bislang konnten Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen eine Zulassung durch die Krankenkassen erhalten. Hierfür konnten die Kassen Verträge mit den Krankenhäusern schließen. Da diese Leistungen aber neben den bisherigen Budgets für die stationäre Versorgung und den Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen als separate Vergütungen zu zahlen waren, wurden in der Vergangenheit die Verträge nur sehr gezielt eingesetzt.

Nun sollen die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung berechtigt sein, wenn:

- der Krankenhausträger einen Antrag stellt,
- das Krankenhaus dazu geeignet ist und

- im Rahmen der Krankenhausplanung dazu bestimmt wurde,
- die vertragsärztliche Versorgung dabei berücksichtigt wurde,
- das Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten erreicht wurde.

Es ist zu befürchten, dass die Auswirkungen auf die unterschiedlichen Sektoren in der Krankenversorgung mit den separaten Budgettöpfen, bei denen kein Mittelzufluss bzw. -abfluss erfolgt, weil die Leistung nun von Krankenhäusern und nicht mehr von niedergelassenen Ärzten erbracht wird, enorm sein wird. In einem solchen Szenario werden die Leistungsausgaben der Krankenkassen stark steigen, ohne dass es dafür eine Refinanzierung bzw. Umschichtung geben wird. Diese Entwicklung kann u. E. für kleinere Krankenkassen existenzbedrohend sein.

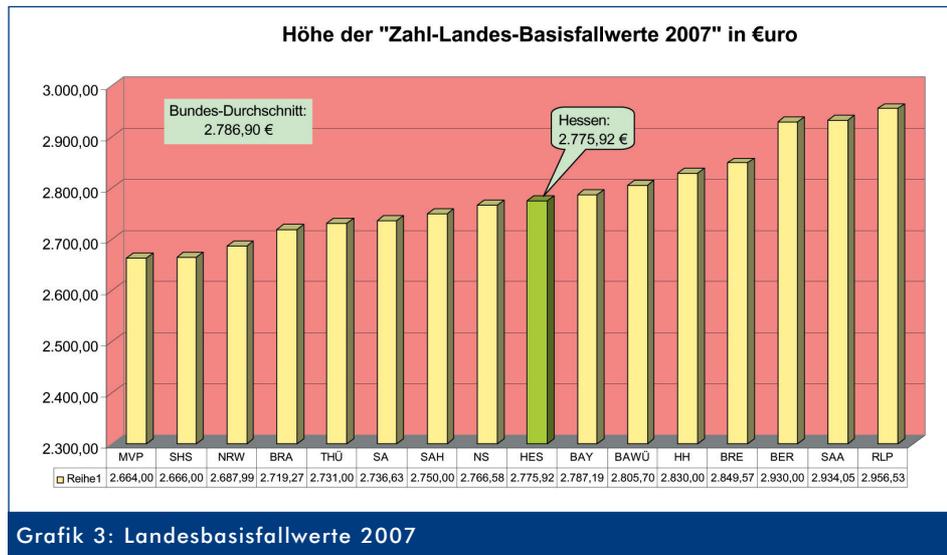
Leistungsbeweis für die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Hessische Krankenhausgesellschaft und Verbände der Krankenkassen in Hessen verständigen sich auf den Landesbasisfallwert für 2007

Die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) und die Verbände der Krankenkassen in Hessen (VdAK/AEV, AOK, BKK, IKK, LKK und PKV) haben sich erstmals auf dem Verhandlungswege über die Höhe des sog. Landesbasisfallwertes verständigt. Im Jahr 2007 wird dieser 2.775,92 Euro betragen. Beide Verhandlungsseiten, HKG und Verbände der Krankenkassen in Hessen, lobten das erzielte Ergebnis: Die Einigung beweist, dass die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen funktioniert und äußerst effektiv arbeitet! Trotz schwieriger finanzieller Ausgangsbedingungen sowohl

auf Seiten der Krankenhäuser wie auf Seiten der Krankenkassen konnte ein tragfähiger Kompromiss gefunden werden. Immerhin geht es um ein Gesamtvolumen von rund 3,25 Mrd. Euro. Der Nutzen der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Herstellung eines sinnvollen Interessenausgleichs zum Wohle der Patienten wurde damit eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Die Einigung erfolgte im Gegensatz zu den Vorjahren ohne eine Anrufung der Schiedsstelle. Nachdem noch der Landesbasisfallwert 2006 während des lau-



fenden Schiedsverfahrens im Kompromisswege geeint werden konnte, wurde der Landesbasisfallwert 2007 direkt auf dem Verhandlungsweg erreicht. Die Einigung fand bereits im Dezember 2006 statt; eine allseitige Unterschriftsleistung konnte aber erst jetzt erfolgen, da eine mit der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2007 verknüpfte Vereinbarung

der Schiedsstelle geeint werden.

Mit der getroffenen Vereinbarung ist eine Grundlage für die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2008 gelegt. Die Verhandlungen sollen noch in diesem Jahr abgeschlossen werden.

unerwartete rechtliche Probleme aufgeworfen hat, die nun auf der Ebene der Selbstverwaltung gelöst werden konnte.

Der vergleichsweise frühe Abschluss ermöglicht den Häusern und Kassen in diesem Jahr die zeitige Aufnahme von Budgetverhandlungen. Damit können Kliniken wie Kassen auf einer sicheren Grundlage für 2007 planen, zumal die Höhe bereits seit Dezember bekannt ist. In den vergangenen Jahren konnte die Höhe des Landesbasisfallwertes erst in der Jahresmitte nach langwierigen Verhandlungen unter Einbeziehung

Pflege

Häusliche Krankenpflege nach Inkrafttreten des GKV-WSG

§ 37 SGB V – GESETZESTEXT

(1)

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonderem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherten in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne der § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

*) Änderungen durch das GKV-WSG sind unterstrichen

Die mit dem GKV-WSG eingeführten Änderungen besagen, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nun nicht mehr nur auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie begrenzt sind, sondern auch an einem sonst geeigneten Ort erbracht werden können. Welche Orte hier infrage kommen und wann Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushaltes und der Familie er-

bracht werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen.

Darüber hinaus haben auch Behinderte in Werkstätten für behinderte Menschen bei besonders hohem Pflegebedarf einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Ein Anspruch auf Leis-

tungen der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung besteht auch für Versicherte in Pflegeheimen, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Bewertung:

In Abs. 2 sind als geeignete Orte, an denen häusliche Krankenpflege außerhalb des Haushalts/Familie insbesondere erbracht werden kann, betreute Wohnformen, Schulen und Kindergärten explizit genannt. Damit wird die ständige Rechtsprechung des BSG nachvollzogen. Diese Leistungspraxis kann auch über den 01.04.2007 hinaus fortgesetzt werden.

Die gesetzliche Definition, wonach die Leistung an „anderen geeigneten Orten“ erbracht werden kann, ist völlig unscharf und wird erheblich zu Schnittstellendiskussionen beitragen. Durch die Ausweitung

des Haushaltsbegriffes rechnen die Spitzenverbände der Krankenkassen mit Mehrkosten von ca. 600 Mio. €, das ist eine Steigerung der Kosten für die häusliche Krankenpflege um über 30 %.

Umsetzung:

Zu der Frage, inwieweit sonstige Orte zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege geeignet sind, können Aussagen erst dann gemacht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die erforderlichen Festlegungen getroffen hat. Zur Versorgung mit Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V. Auch hier sind die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über den Leistungsanspruch in vollstationären Pflegeeinrichtungen zwingend abzuwarten.

§ 37b SGB V – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

NEUE GESETZLICHE REGELUNG

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere.....

Mit dieser neuen gesetzlichen Regelung soll die Versorgung der Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung verbessert werden. Diese Palliativpatienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf haben einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 SGB XI leben.

Bewertung:

Ein Erfordernis für diese Neuregelung besteht nur für eine begrenzte Zahl von Patienten, die zugleich

palliativ-pflegerische Leistungen und kurative Behandlung durch einen Palliativmediziner inklusive Hospizdienst benötigen. In Hessen ist von einer jährlichen Fallzahl von ca. 3.500 auszugehen. Die palliativmedizinischen Leistungen von Vertragsärzten sind seit der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 2000+ (EBM 2000+) gesondert abrechenbar. Palliativfälle im Krankenhaus können seit Januar dieses Jahres über Diagnosis-Related-Groups (DRG) berücksichtigt werden. Palliativmedizinische Versorgung ist im Übrigen besonders für integrierte Versorgungsmodelle geeignet. Mit der Neuregelung werden neue Schnittstellen insbesondere zur Hospizbewegung und zu den pflegerischen Leistungen im Pflegeheim geschaffen.

Umsetzung:

Über die Einzelheiten der Erbringung der Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge ab. Da der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30.09.2007 das Nähere über die Leistun-

gen in den Richtlinien bestimmt und derzeit eine entsprechende Infrastruktur zur Erbringung dieser neuen Leistung fehlt, sind für die Gewährung dieser Leistung die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuwarten. Für Palliativpatienten, auch die mit besonderem Versorgungsbedarf, stehen die Leistungen der ärztlichen Versorgung und der ambulanten Hospizdienste und Pflegedienste zur Verfügung.

§ 39a SGB V – Stationäre und ambulante Hospizleistungen

GESETZESTEXT

- (4) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben..... In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt.....
- (5) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

*) Änderungen durch das GKV-WSG sind unterstrichen

Die Änderung des § 39a SGB V soll bewirken, dass die besonderen Belange von Kindern in stationären Hospizen besser berücksichtigt werden und Kinderhospize mit nicht mehr als 5 % der zuschussfähigen Kosten belastet werden. Bei Meinungsverschiedenheiten zu den Verträgen wird eine Schiedsperson installiert. Ambulante Hospizdienste können nunmehr ihre Leistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.

Bewertung:

Die Intention des Gesetzgebers, die besonderen Belange in der stationären und ambulanten Hospizversorgung zu berücksichtigen, wird in Hessen bereits durch die bestehenden Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 SGB V umgesetzt. In der Vertragspart-

nerschaft der Hospiz- und Krankenkassenverbände gab es bislang in Hessen keine Situation, die ein Schiedsverfahren erforderte; die Regelung ist in der Praxis nicht erforderlich. Bei der Sterbebegleitung im stationären Pflegebereich handelt es sich um eine originäre Aufgabe der stationären Einrichtungen selbst.

Die Änderung ist sehr bedenklich, da die Pflegeheime in die Lage versetzt werden, die nach ihrem eigenen Selbstverständnis zu ihren originären Aufgaben gehörende Sterbebegleitung „outzusourcen“.

Umsetzung:

Die Hessischen Rahmenvereinbarungen werden zwischen den Vertragspartnern angepasst.

Pflegebedürftigen mit speziellen Bedarfskonstellationen eröffnet das GKV-WSG neue Perspektiven zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen

In der ambulanten Krankenpflege wird der Begriff der Häuslichkeit ausgeweitet

In der stationären Pflege werden außergewöhnlich hohe Aufwendungen gesondert vergütet

Integrierte Versorgung öffnet sich für Pflegeversicherung

Leistungen der Häuslichen Krankenpflege konnten bislang Versicherte nur in ihrem Haushalt oder dem Haushalt ihrer Familie erhalten. Für die Zielgruppe der behinderten Kinder bedeutet die Ausweitung des Begriffs der Häuslichkeit, dass die häuslichen Pflegeleistungen auch an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten erbracht werden können. Darüber hinaus haben auch Behinderte, die in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten, bei besonders hohem Pflegebedarf einen Anspruch auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege. An welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege künftig auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können, hat nun der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie festzulegen.

In stationären Pflegeeinrichtungen werden bereits Pflegebedürftige mit außergewöhnlich hohen Aufwendungen für die Behandlungspflege versorgt. Dieser besonders hohe Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann beispielsweise bei Wachkoma-Patienten sowie bei Apallikern oder auch Dauerbeatmeten zutreffen. Der Zuschuss der Pflegekassen zu den pflegebedingten Aufwendungen, den Aufwendungen der sozialen Betreuung und den Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege wird im Allgemeinen auf einen monatlichen Höchstbetrag von 1.432,00 € begrenzt. Für die Versorgung der o. a. außergewöhnlich aufwendigen Pflegefälle kann nun der entsprechende, im Pflegesatz enthaltene Betrag für die Behandlungspflege aus dem Pflegesatz herausgelöst werden. Er wird dann nicht mehr von der Pflegeversicherung sondern von der Krankenversicherung vergütet.

Dadurch sinkt der Pflegesatz für die Pflegeversicherung und damit auch der Eigenanteil des Versicherten an den stationären Pflegekosten.

Integrierte Versorgungsmodelle für pflegebedürftige Patienten waren bislang allein auf Leistungen der Krankenversicherung (SGB V) beschränkt. Nun können sich an Verträgen zur Integrierten Versorgung auch Vertragspartner der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) beteiligen. D. h., dass auch z. B. stationäre Pflegeeinrichtungen mit Krankenhäusern oder auch mit Vertragsärzten integrierte Versorgungsmodelle entwickeln können. Soweit für bestimmte Zielgruppen von Pflegebedürftigen eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung durch integrierte Versorgungsmodelle möglich ist, d. h. den Pflegeeinrichtungen Mehraufwendungen entstehen, können diese über leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegesätzen bzw. Vergütungen honoriert werden. Diese Zuschläge sind gesondert zu vereinbaren und gesondert auszuweisen.

Unter dem Aspekt der Wettbewerbsstärkung, die ja durch das GKV-WSG intendiert ist, beschränken sich ökonomische Anreize für Pflegeeinrichtungen eher auf integrierte Versorgungsmodelle. Hier eröffnen sich neue Möglichkeiten auf dem sich entwickelnden Gesundheitsmarkt für regionale Versorgungsnetzwerke.

„Wenn auch die neuen gesetzlichen Regelungen auf den ersten Blick etwas kompliziert erscheinen mögen, so wird es jetzt darauf ankommen, dass aus der Versorgungspraxis heraus Ideen zur Verbesserung komplexer Versorgungsstrukturen formuliert und konzeptionell skizziert werden. Damit können die Ideen aus der Praxis aufgenommen und daraus Versorgungs- und Finanzierungsmodelle entwickelt werden“, sagte Dr. Hubert Schindler anlässlich der Tagung „Zukunftsvisionen auf dem Gesundheitsmarkt“ des Diakonischen Werks in der Evangelischen Akademie Arnoldshain.

Ersatzkassen bieten neues Versorgungsprogramm

Disease-Management-Programm Asthma/ COPD für chronisch Atemwegserkrankte

Jeder 16. Erwachsene und jedes 10. Kind erkrankt an Asthma Bronchiale. Für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) liegen kaum gesicherte Daten vor, allerdings gehen Schätzungen davon aus, dass zwischen 1 % und 5 % der Erwachsenen hieran erkranken. Für die betroffenen Patienten verbessern die Ersatzkassen ab dem 1. April 2007 die Versorgung in Hessen nachhaltig. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Ersatzkassen gemeinsam mit den übrigen Krankenkassen in Hessen haben jetzt einen Vertrag über ein Disease-Management-Programm zu den genannten Lungenkrankheiten abgeschlossen. Die Versorgung wird u. a. durch erweiterte Schulungsmöglichkeiten sowie durch eine verbesserte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten optimiert. Erreicht werden soll insbesondere eine Reduktion bzw. Vermeidung der akuten und

chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Asthmaanfälle). Darüber hinaus gilt es insbesondere, die asthmabedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen zu mildern bzw. zu beseitigen. „Bei Asthma und COPD kann der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Mit dem neuen Programm wollen die Ersatzkassen den Patienten hierbei unterstützen“, so Sören Schmidt-Bodenstein, stv. Leiter der Ersatzkassenverbände in Hessen. Bereits ca. 1.100 Haus- und Fachärzte haben ihre Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erklärt. Damit ist von Anfang an sichergestellt, dass in ganz Hessen den Patienten die neuen Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

KURZ GEMELDET

Die **Selbsthilfe in Hessen** wird in diesem Jahr durch die **Ersatzkassen und die Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen in Hessen** mit **616.211,63 Euro (2006 = 562.573,42 Euro)** Fördermitteln unterstützt.

Hiervon steht

- für die Arbeit der **Selbsthilfekontaktstellen in Hessen** ein Förderbetrag in Höhe von **205.845,50 Euro (2006 = 182.681,16 Euro)**;
- für die Arbeit der **Selbsthilfegruppen in Hessen**, die sich mit Erkrankungen nach dem Krankheitsverzeichnis beschäftigen, ein Förderbetrag in Höhe von **231.323,22 Euro (2006 = 215.280,29 Euro)**

und

- für die Arbeit der **Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene** ein Förderbetrag in Höhe von **179.042,91 Euro (2006 = 164.611,97 Euro)**

zur Verfügung.

Die Ersatzkassen haben die Förderbeträge auf allen Selbsthilfe-Förderebenen deutlich erhöht, wie den Vergleichszahlen zu 2006 zu entnehmen ist. Damit unterstreichen die Ersatzkassen in Hessen erneut die Bedeutung der Selbsthilfearbeit für ihre Versicherten.

Mehr als **800 Selbsthilfegruppen** und alle **Selbsthilfekontaktstellen in Hessen** sowie zahlreiche **Organisationen auf Landesebene** haben für das Jahr 2007 einen Antrag auf Förderung gestellt und ihre Fördermitteilung bereits erhalten. Die Auszahlung des jeweiligen Förderbetrages ist zwischenzeitlich weitgehend erfolgt.

Für die **ambulante Hospizarbeit** zur Koordinierung und Qualifizierung der ehrenamtlichen Mitarbeiter stellen die Ersatzkassen in Hessen einen Förderbetrag in Höhe von **810.016,40 Euro (2006 = 698.112,45 Euro)** bereit. Die zur Verfügung stehende Fördersumme konnte erneut – wie auch schon in den vergangenen Jahren – deutlich gesteigert werden; sie ist inzwischen fast drei Mal so hoch wie im Jahr 2002.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

Walter-Kolb-Str. 9-11 · 60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 / 96 21 68-20 · Telefax: 0 69 / 96 21 68-21

E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de · Redaktion: Meinhard Johannides

Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler