

report hessen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Aug. 2011

ersatzkassen

Reform der sozialen Pflegeversicherung

Schnelle und flexible Lösungen erforderlich

Der damalige Bundesgesundheitsminister, Dr. Philipp Rösler, hatte das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege erklärt. Die Koalition konnte ihr Versprechen, noch vor der parlamentarischen Sommerpause die Eckpunkte für eine umfassende Neuordnung der Pflegeversicherung (PV) vorzulegen, nicht einhalten. Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium und unterschiedliche Vorstellungen der Regierungsparteien über die Inhalte der Reform verzögern das Vorhaben weiter.

Im Zentrum der geplanten Reform der Pflegeversicherung stehen die Verbesserung der Versorgung von Demenzerkrankten durch eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die erforderliche Dynamisierung der Leistungen sowie die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung.

Nach Auffassung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) darf die Reform der Pflegeversicherung im Besonderen deshalb nicht auf die lange Bank geschoben werden. Noch im 2. Halbjahr 2011 sollte die Diskussion wieder neu aufgegriffen und Lösungsansätze diskutiert werden.

In dieser Ausgabe:

- Reform der sozialen Pflegeversicherung
- Kommentar
- Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz
- Hygiene im Krankenhaus
- Kinderspezialambulanzen
- Kurz berichtet
- Präqualifizierungsverfahren Hilfsmittel

Bereits im April 2011 hatte sich die AG Gesundheit der Unionsfraktionen positioniert. Auch der „Bundesausschuss Arbeit und Soziales, Gesundheitspolitik“ der CDU fordert eine stärkere gesellschaftliche Befassung mit dem Thema Pflege. In seinem Positionspapier „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ bringt der Bundesausschuss zum Ausdruck, dass eine Leistungsausweitung ohne eine Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrages nicht realisierbar ist und bei einer nachhaltigen Finanzie-

rung auch die Arbeitgeber mit einbezogen werden müssen.

Aufgrund des „Demografischen Wandels“ steht die Pflegeversicherung vor neuen Herausforderungen.

Derzeit sind in Deutschland ca. 16 Millionen Menschen – davon 1,2 Millionen Menschen in Hessen – 65 Jahre und älter. Im Jahr 2030 werden es bundesweit bereits 22 Millionen Menschen sein, davon rund 1,65 Millionen Menschen in Hessen.

1. Demografischer Wandel

Besonders der Anteil der Menschen über 80 Jahre (sogenannte Hochbetagte) an der Gesamtbevölkerung wird bis zum Jahr 2040 stark ansteigen. Daneben wird eine starke Zunahme der Demenzerkrankungen erwartet, die eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit darstellen.

Im Jahr 2030 wird es nach modellhaften Berechnungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2008 bis zu 3,4 Millionen Menschen geben, die pflegebedürftig sind.

Die zweite große Herausforderung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) liegt in der notwendigen Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes:

2. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Neben den demografisch bedingten Veränderungen ist auch eine Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erforderlich.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr alleine an körperlichen Einschränkungen anknüpfen, sondern noch stärker über die Alltagskompetenz und die Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen Leben definiert werden. Damit erfolgt eine notwendige Anpassung.



Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung in Hessen

KOMMENTAR

Der politische Handlungsbedarf besteht jetzt!

Die gesellschaftliche Bedeutung von pflegerischen Konzepten und Leistungen wächst stetig in einem Umfeld älter werdender Menschen. Die bisherigen Regelungskonzepte müssen deshalb schon heute modernisiert und den aktuellen wie zukünftigen Erfordernissen angepasst werden. Hierzu gibt es zurzeit politische Lippenbekenntnisse, jedoch noch zu wenig echte Lösungsansätze.

Die Ersatzkassen wollen sich konstruktiv und mit eigenen Ideen in den wichtigen Prozess einbringen und haben hierzu beispielsweise schon Ende 2010 einen Positionskatalog aufgestellt (vgl. online unter http://www.vdek.com/politik/gesundheitspolitik/positionen_ek/pflegeversicherung/pflegepapier-web.pdf).

Aus Sicht der Ersatzkassen ist vor allem wichtig, dass die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz nicht zurückgenommen werden. Im Gegenteil: Da Demenzerkrankungen zukünftig zunehmen und die Hauptursache für Pflegebedürftigkeit darstellen, muss der Pflegebedürftigkeitsbegriff dringend angepasst werden, um diesem Personenkreis angemessene Leistungen aus der „Sozialen Pflegeversicherung“ (SPV) zukommen zu lassen. Auf die Frage, wie die hierfür zusätzlich erforderlichen finanziellen Mittel aufgebracht werden sollen, hat es bisher keine befriedigenden Antworten gegeben.

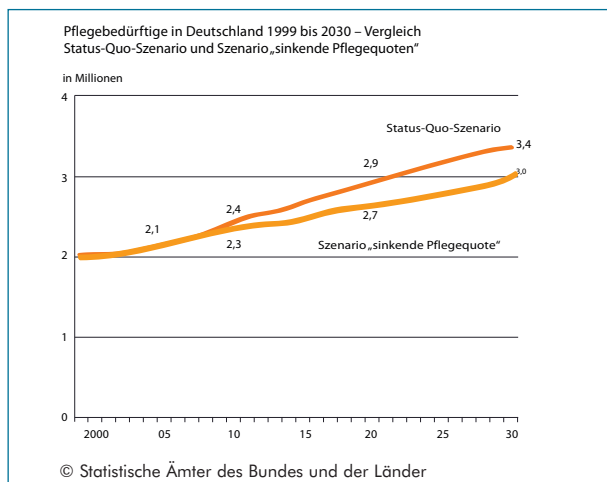
Die Finanzierung der SPV muss auch zukünftig innerhalb eines Umlagesystems einkommensabhängig und paritätisch erfolgen. Der aktuell festgeschriebene Beitragssatz kann hierbei nicht unantastbar sein, sondern muss laufend und verantwortungsbewusst überprüft werden. Ergänzend besteht die Option, zusätzlich eine ebenso finanzierte Demografiereserve aufzubauen, die zukünftige Generationen vor übermäßigen Belastungen schützt. Ein verwaltungsaufwendiger Sozialausgleich entfiere, und durch die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber wäre sichergestellt, dass nicht erneut die Versicherten die Hauptlast einer Reform tragen müssten.

Nun sind die zuständigen Politiker im Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, kurzfristig eine Diskussion um die besten Lösungsmöglichkeiten anzustoßen.

Wir wünschen hierbei gutes und zügiges Gelingen!

sung an die Veränderung von Pflege, zum Beispiel für Demenzerkrankte. Hiermit sind in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der Leistungen für die Versicherten nach der neuen Definition von Pflegebedürftigkeit Mehrausgaben von bis zu 3,6 Milliarden Euro¹ jährlich verbunden.

Die dritte Herausforderung besteht darin, die Wertbeständigkeit der Leistungen der SPV zu sichern:



Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder haben zwei Modellrechnungen entwickelt:

1. „Status-Quo-Szenario“: Bei dieser Variante der Modellrechnung wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegequoten künftig identisch mit den heutigen sind. Entsprechend wird hier u. a. davon ausgegangen, dass es keinen medizinisch-technischen Fortschritt in diesem Bereich gibt.

2. Szenario „sinkende Pflegequote“: Beim Szenario der „sinkenden Pflegequoten“ geht man von einem geringeren Pflegerisiko aufgrund besserer Behandlungsmethoden im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts aus.

3. Dynamisierung von Leistungen

Mit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1.7.2008 wurde erstmals seit Bestehen der Sozialen Pflegeversicherung vom Gesetzgeber eine finanzielle Anpassung der Leistungen in mehreren Stufen geregelt.

Ab 2015 erfolgt alle drei Jahre eine Überprüfung der Leistungsbeträge für die Pflegestufen. Diese Anpassungen waren dringend erforderlich, um das Leistungsniveau in der SPV zu sichern und einer schleichenden Entwertung vorzubeugen. Die genannten finanziellen Anpassungen sind mit einem prognostizierten zusätzlichen Finanzierungsbedarf von über zwölf Milliarden Euro² innerhalb der nächsten 20 Jahre verbunden.

Beim Ausbau der Finanzierung der SPV muss berücksichtigt werden, dass ihre bewährten Strukturprinzipien „paritätisch“ und „solidarisch“ erhalten und gestärkt werden.

Neben einer zukunftsfesten Einnahmebasis muss die effiziente Verwendung der Mittel wichtigste Maxime sein. Gesundheitspolitiker der Koalition schätzen den mit den geplanten Leistungsverbesserungen für Demenzerkrankte, der Dynamisierung der Pflegeleistungen und dem Aufbau einer Kapitalrücklage verbundenen notwendigen Beitragsmehrbedarf auf 0,5 bis 0,6 Beitragssatzpunkte.

4. Aufbau einer „Nachhaltigkeitsreserve“

Zur Finanzierung zukünftiger Herausforderungen, die über kurzfristige Maßnahmen wie laufende Beitragserhöhung und Finanzausgleich mit der privaten Pflegeversicherung hinausgehen, könnte aus Sicht der Ersatzkassen innerhalb des umlagebasierten Systems der SPV mit geringem Aufwand eine „Nachhaltigkeitsreserve“ aufgebaut werden.

Kerngedanke hierbei ist die Bildung von Rücklagen in der Pflegeversicherung, um auf die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft flexibel reagieren zu können.

Diese Kapitalrücklage sollte durch laufende Zahlungen im Rahmen eines Umlageverfahrens von Arbeitgebern und Beitragszahlern paritätisch finanziert werden, um die Lasten gerecht zu verteilen.

Damit könnte ein Kapitalstock für die Zukunft aufgebaut werden, der in Abgrenzung zum bereits vorhandenen laufenden Finanzbedarf für pflegerische Leistungen die demografischen Veränderungen abfedert.

Mit der von den Ersatzkassen vorgeschlagenen „Nachhaltigkeitsreserve“ in der SPV kann das zunehmende Risiko der Pflegebedürftigkeit innerhalb des Systems der SPV unter Maßgabe einer solidarischen und paritätischen Finanzierung zukunftsfest gemacht werden.

Deshalb wird den Überlegungen, die Finanzierung der Pflegeversicherung individuell kapitalgedeckt auszugestalten, eine deutliche Absage erteilt.

¹ Quelle: Umsetzungsbericht des Beirats zum Pflegebedürftigkeitsbegriff vom 20.5.2009

² Quelle: Rothgang, H.: Reformoptionen zu Finanzierung der Pflegeversicherung und deren Bewertung. Workshop des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes der Pflegekassen „Finanzierung der Pflegeversicherung“, Berlin, 7.6.2010

Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz

Eine Bewertung der Entwürfe

In Hessen gibt es zurzeit ca. 1.400 Heime für ältere oder pflegebedürftige Menschen bzw. für Menschen mit Behinderung.

Nachdem die Zuständigkeit für das Heimrecht mit der sogenannten Föderalismusreform aus dem Jahr 2006 auf die Länder übergegangen ist, haben bereits mehrere Länder eigene Landesgesetze erlassen.

Seit Februar 2010 liegt ein Gesetzentwurf der SPD-Fraktion des Hessischen Landtags vor, seit Februar 2011 auch ein Entwurf der hessischen Regierungsfractionen CDU und FDP, in den aktuelle Änderungen eingeflossen sind.

Inhaltliche Schwerpunkte sind:

Die ordnungsrechtlichen Zuständigkeiten der Heimaufsichtsbehörden sollen künftig erheblich erweitert werden.

- Das Gesetz soll auch auf ambulante Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Vermittlungsagenturen ausländischer Pflegekräfte anzuwenden sein.
- Prüfberichte der Heimaufsichtsbehörden sollen veröffentlicht werden.
- Heimverträge und ambulante Pflegeverträge sowie jede Änderung dieser Verträge sollen von der Prüfbehörde genehmigt werden müssen.

Die Landesvertretung Hessen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) hat federführend für die Verbände der Krankenkassen in Hessen zu beiden Gesetzentwürfen schriftliche Stellungnahmen in die parlamentarische Anhörung eingebracht.

Die wichtigsten Forderungen sind hierbei:

- Gemeinsame arbeitsteilige Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Heimaufsichtsbehörden sollen in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen der Regelfall werden. Bisher geschieht dies auf freiwilliger Basis und nicht vollumfänglich.
- In beiden Gesetzentwürfen sollen die Regelungen des Sozialgesetzbuchs XI (SGB XI) und der darauf aufbauenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien noch stärker berücksichtigt werden, um Ressourcen der Prüfinstitutionen im Interesse der Heimbewohner zu bündeln.

Im Rahmen der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtags am 8.9.2011 werden alle beteiligten Organisationen ihre Positionen zu den Gesetzentwürfen erneut vortragen. Über den weiteren Fortgang in der Angelegenheit wird berichtet.

Hygiene im Krankenhaus

Kampfansage gegen Krankenhauskeime

Im September 2010 sowie Januar 2011 wurde bekannt, dass in einem osthessischen Krankenhaus Verunreinigungen auf eigentlich sterilen OP-Instrumenten gefunden wurden. Dies waren jedoch nicht die ersten Hygieneprobleme in hessischen Krankenhäusern.

Aufsehen erregte bereits im Jahr 2007 eine Welle von Salmonellenerkrankungen, bei der zwei Menschen ums Leben kamen. Einige Wochen später folgten im gleichen Krankenhaus Infektionen mit Legionellen.

Auch in nordhessischen Krankenhäusern wurden verunreinigte Instrumente entdeckt. Diese Zwischenfälle mit verunreinigten Operationsbestecken veranlassten schließlich den hessischen Sozialminister Stefan Grüttner (CDU) zum Handeln.

Kurzfristig sollten Gespräche mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft sowie den kommunalen Spitzenverbänden geführt und noch 2011 eine neue Hygieneverordnung verabschiedet werden.

Die wiederholten Hygieneprobleme führten ferner auch in Hessen zu einer öffentlichen Diskussion der gesetzlichen Grundlagen im Bereich der Krankenhaushygiene.

Die Forderung nach einer verbesserten Qualität in allen Versorgungsbereichen, speziell in Krankenhäusern, wurde zwischenzeitlich im Bundesministerium für Gesundheit aufgegriffen und ein bundesweit geltendes Infektionsschutzgesetz erarbeitet.

Bestrebungen zur Verbesserung der Hygiene

Nach der Verabschiedung des Infektionsschutzänderungsgesetzes Anfang Juli 2011 ist nun dringender Handlungsbedarf in den Ländern gegeben. Diese werden verpflichtet, bis zum 31.3.2012 eigene Hygieneverordnungen zu erlassen, die inhaltlich nicht nur bei der Struktur der Hygienemaßnahmen in den Kliniken sondern auch im ambulanten Bereich ansetzen sollen.

Auch die Überwachung durch die Gesundheitsämter soll verstärkt werden, ohne jedoch den Kliniken die Verantwortung abzunehmen. Diese müssen die Hygienestandards einhalten und die Regeln z. B. des Robert-Koch-Instituts umsetzen.

So soll beispielweise eine Hygienekommission vorgehalten und in Abhängigkeit vom Leistungsvolumen ein Hygieniker in Vollzeit beschäftigt werden, damit die Hygienestandards stärker in die Prozesse integriert und kontinuierlich überprüft werden.

Damit das Personal im Besonderen in den Krankenhäusern die neuen Aufgaben adäquat erfüllen kann, ist eine bessere Ausbildung in den Bereichen Pflege und Technik notwendig. Dies gilt jedoch nicht nur für Hygienefachkräfte, sondern vor allem auch

für Ärzte, die sich im Bereich der Hygiene verstärkt spezialisieren sollen.

Das hessische Sozialministerium hat nun seine Vorstellungen zur Hessischen Hygieneverordnung in einem ersten Entwurf zusammengefasst. Die schriftliche Anhörung wurde eingeleitet.

Die hessische Landesregierung beschränkt ihren Entwurf einer Hygieneverordnung nicht auf die Krankenhäuser. Auch invasiv tätige Arztpraxen, Zentren für ambulante Operationen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialysezentren und Tageskliniken werden auf die Einhaltung restriktiver Hygienevorschriften verpflichtet.

Grundsätzlich werden die Bestrebungen des Hessischen Sozialministeriums zur Steigerung der Hygiene in Einrichtungen des hessischen Gesundheitswesens begrüßt, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Auch bei der Bekämpfung von Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) könnten die Maßnahmen einen wertvollen Beitrag leisten.

Im Krankenhaus erworbene Infektionen verlängern nicht nur den Krankenhausaufenthalt, sondern erfordern meist auch eine weitere medikamentöse Therapie, welche den Patienten physisch und die Gemeinschaft der Beitragszahler finanziell unnötig belastet.

Im Zusammenhang mit der seitens des hessischen Sozialministeriums bis zum 9.9.2011 erbetenen schriftlichen Stellungnahme wird derzeit geprüft, inwieweit die Positionen der Krankenkassen und ihrer Verbände in Hessen im Verordnungsentwurf berücksichtigt wurden.

Kinderspezialambulanzen

Flächendeckende Versorgung in Hessen weitgehend gewährleistet

Mit Einführung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) zum 1.1.2009 wurde im neuen § 120 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V (SGB V) die Möglichkeit einer zusätzlichen Finanzierung von sogenannten „Kinderspezialambulanzen“ geschaffen.

Schwerkranke Kinder und Jugendliche, für die eine adäquate Versorgung im ambulanten ärztlichen Bereich nicht ausreichend sicherzustellen ist, können vom jeweiligen (Fach-)Arzt in eine solche Kinderspezialambulanz überwiesen werden.

Die erforderliche Nutzung von diagnostischen Geräten, die in einer Praxis nicht vorgehalten werden (können), kann z. B. zu einer Behandlung in einer Kinderspezialambulanz führen. Auch die Komplexität des Krankheitsbildes eines Kindes, welches einen interdisziplinären Ansatz zur Diagnostik und Therapie erforderlich macht, kann einen Grund darstellen.

Die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) hatte bezüglich der Kinderspezialambulanzen eine vermeintliche Unterfinanzierung festgestellt und dies dem Bundesministerium der Gesundheit vorgetragen. Dies führte letztendlich dazu, dass der Gesetzgeber zum 1.1.2010 den neuen Absatz 1a im § 120 SGB V einführte.

Dieser regelt, dass die Krankenkassen und deren Verbände für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Pauschalen vereinbaren sollen, welche die ambulante Vergütung des Krankenhauses ergänzen.

Damit ein Anspruch auf eine ergänzende Pauschale besteht, müssen die Kinderspezialambulanzen im Rahmen von Verhandlungen mit den Kranken-

kassen und deren Verbänden eine Deckungslücke zwischen den Erlösen aus der Vergütung der ermächtigten Krankenhausärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung und den notwendigen Kosten für den Betrieb der Ambulanz nachweisen.

Langfristig soll der Einheitliche Bewertungs-Maßstab (EBM) dahingehend angepasst werden, dass diese vermeintliche Unterfinanzierung nicht mehr auftritt. Diese Anpassung hätte zur Folge, dass zum Zeitpunkt der EBM-Änderung die mit den Krankenkassen vereinbarten ergänzenden Pauschalen auslaufen, um eine Doppelfinanzierung zu verhindern.

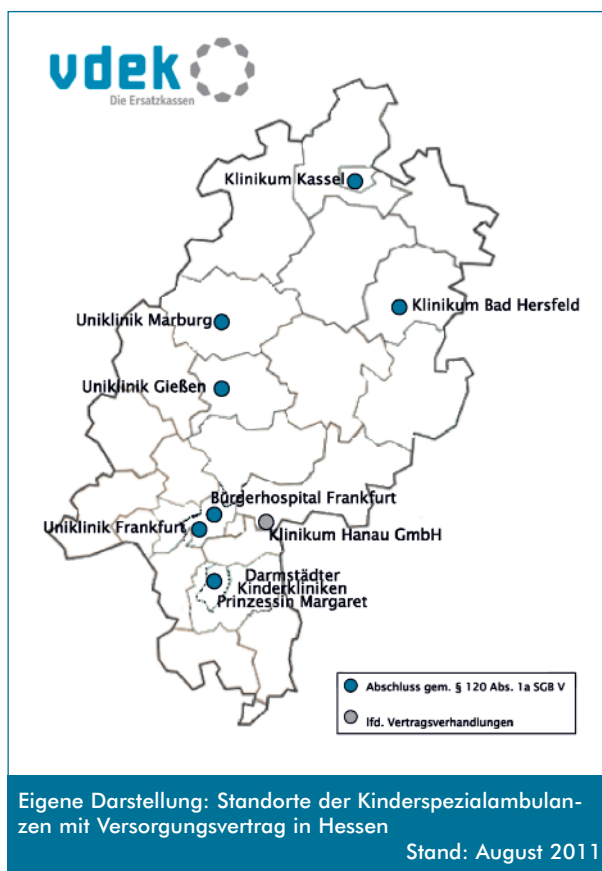
Zwischen den Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen sowie den nachfolgend aufgeführten Kliniken konnten zwischenzeitlich Vereinbarungen geschlossen werden:

- Bürgerhospital Frankfurt,
- Uniklinik Frankfurt,
- Uniklinik Gießen,
- Uniklinik Marburg,
- Klinikum Kassel,
- Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret und
- Klinikum Bad Hersfeld

Weitere Verhandlungen, z. B. mit dem Klinikum Hanau GmbH, laufen zurzeit.

Insgesamt stellen die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen damit eine zusätzliche Vergütung für eine gute ambulante Versorgung von jährlich fast 40.000 Behandlungsfällen bei schwerkranken Kindern und Jugendlichen zur Verfügung.

Da die Einzugsgebiete der Kinderspezialambulanzen weite Teile Hessens abdecken (siehe Grafik), wird zudem gewährleistet, dass nur so wenige Fälle wie nötig stationär aufgenommen werden müssen. Dadurch wird sichergestellt, dass sich die Kinder nur für die Zeit der Behandlung im Krankenhaus befinden müssen und sehr schnell wieder in ihre gewohnte häusliche Umgebung zurückkehren können. Außerdem können die Kosten für stationäre Aufenthalte dadurch auf angemessenem Niveau gehalten werden.



KURZ BERICHTET

■ Projekt Hart am Limit – „HaLT“

Anfang März haben das Hessische Sozialministerium und die hessischen Krankenkassen/-verbände einen Rahmenvertrag zur Alkoholprävention bei Jugendlichen geschlossen. Stellvertretend für die hessischen Krankenkassen unterzeichneten die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann, und der damalige stellvertretende Vorsitzende der AOK Hessen, Dieter Bock, das Vertragswerk. Im Rahmen von „HaLT“ werden alle Landkreise und kreisfreien Städte finanziell unterstützt, die das Projekt vor Ort umsetzen. Seit Inkrafttreten der Vereinbarung konnten bereits 93 Fachkräfte (Stand: August 2011) für die Leistungserbringung zugelassen werden.

■ Impfvereinbarung gegen Humane Papillomaviren (HPV)

Seit 1.4.2011 können in Hessen alle Vertragsärzte die anspruchsberechtigten Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren gemäß der STIKO-Empfehlung gegen Humane Papillomaviren impfen. Auch in Hessen ist es nunmehr gelungen, eine entsprechende Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abzuschließen. Bis dahin gab es qua Vereinbarung mit dem Kinder- und Jugendarztverband bereits die Möglichkeit, über die dem Vertrag beigetretenen Vertragsärzte oder im Rahmen der Kostenerstattung die Impfung zu erhalten.

Der Abschluss der Vereinbarung mit der KV soll im Besonderen zu einer Verbesserung der Durchimpfungsrate in Hessen führen. Der entsprechende Impfstoff wird per Rezept zulasten des jeweiligen Kostenträgers verordnet.

■ Novellierung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSBV)

Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung, welche zwischen allen Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV) besteht, wurde zum 1.7.2011 überarbeitet. Da seit dem Jahr 2005 keine Anpassungen erfolgt waren, mussten notwendige Aktualisierungen vorgenommen werden, z. B. die Liste der zulässigen Mittel, die jetzt unter der Bezeichnung „Sachverzeichnis“ geführt wird. Die neue SSBV entspricht damit dem aktuellen Gesetzesstand und ist frühestens zum 31.12.2013 kündbar.

■ Elektronische Gesundheitskarte – Abschluss einer Vereinbarung über die Finanzierung der Kartenterminals

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Hessen wurde am 15.4.2011 eine Finanzierungsvereinbarung zur Ausstattung und Teil-Finanzierung der Kosten für die Ausstattung mit Kartenterminals für die elektronische Gesundheitskarte (eGK), die bei den Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Vertragszahnärzten anfallen, getroffen.

Entsprechend dieser Vereinbarung läuft die Ausstattungsphase mit stationären und mobilen Lesegeräten bis zum 30.9.2011. Für Lesegeräte, die bis zu diesem Zeitpunkt geliefert, mindestens jedoch bestellt wurden, wird die Finanzierung geregelt. Die Vereinbarung beinhaltet die auf der Bundesebene zwischen dem GKV Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Pauschalen.

Präqualifizierungsverfahren Hilfsmittel

Informationsveranstaltung der „PQS-Hilfsmittel“ in Frankfurt am Main

Gemäß § 126 Abs. 1 SGB V dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V abgegeben werden.

Vertragspartner der Krankenkassen können alle Leistungserbringer sein, welche die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Voraussetzungen im Einzelnen werden durch die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen definiert.

Im Rahmen des neuen sogenannten „Präqualifizierungsverfahrens“ überprüft die PQS-Hilfsmittel seit dem 1.1.2011 die grundsätzliche Eignung zur Erbringung bestimmter Versorgungsleistungen und stellt anschließend ein Zertifikat aus, das für alle Kassen-

arten gültig ist (siehe auch Bericht im „report hessen“, Ausgabe März 2011).

Die Befähigung zur Abgabe von Hilfsmitteln wurde durch die PQS-Hilfsmittel in Hessen seit dem 1.1.2011 bereits für 88 Leistungserbringer (Stand: 16.8.2011) durch eine Zertifizierung bestätigt.

In Kooperation mit dem Bundesverband Deutscher Apotheker e. V. (BVDA) fand am 15.6.2011 eine Informationsveranstaltung der PQS-Hilfsmittel statt. Die Veranstaltung wurde von den Leistungserbringern gut angenommen.

Weitere Informationsveranstaltungen für Leistungserbringer sind bereits in Planung.



Veranstaltung der PQS-Hilfsmittel des vdek am 15.6.2011 in Frankfurt am Main.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Hessen des vdek
Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt/M.
Telefon: 0 69 / 96 21 68 20
Telefax: 0 69 / 96 21 68 90
E-Mail: LV_Hessen@vdek.com
Redaktion: Meinhard Johannides
Verantwortlich: Claudia Ackermann