

report mecklenburg-vorpommern

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Sept. 2011

ersatzkassen

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Es bleibt eine schwierige Geburt

Das Gesetz an sich hat einen guten Ansatz: Die flächendeckende Versorgung soll sich stärker am Bedarf der Versicherten orientieren und deshalb flexibler und über die hinderlichen Sektorengrenzen hinaus gestaltet werden. Ob aber die bestehenden Ungleichheiten in den regionalen Versorgungsstrukturen tatsächlich ausgeglichen werden, darf stark bezweifelt werden. Unter dem Strich kann das Gesetz den Versicherten sogar mehr Geld kosten, ohne dass die Versorgung wirklich besser wird.

„Die Küken werden im Herbst gezählt ...“. Dieses Sprichwort trifft auch auf die Bewertung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG.) zu, der inzwischen als Kabinettsentwurf vorliegt. Vieles wurde im Verlaufe der letzten 15 Monate vorgeschlagen, diskutiert, verworfen, verändert, immer mit dem Ziel, die bestehenden Versorgungsunterschiede auszugleichen und das System der gesetz-

In dieser Ausgabe:

- Ersatzkassen erhalten 4 Mio. Euro zurück
- SAPV: Bis zuletzt zu Hause
- Interview Th. Ballast: Aktuelle Entwicklungen
- Hospizförderung

lichen Krankenversicherung auf eine solide finanzielle Grundlage zu stellen.

Verteilungsproblem

Das ist auch dringend notwendig, denn die Zahl der bundesweit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte hat sich seit den Jahren der Wende kontinuierlich gesteigert: um über 30 Prozent bis 2009. Fast 90 Prozent aller Versorgungsbereiche sind für weitere Zulassungen

gesperrt. Angesichts der Tatsache, dass man damals von einer „Ärztenschwemme“ gesprochen hat, bleibt es unverstündlich, wie bei derartigen Steigerungsraten heute generell ein „Ärztmangel“ bestehen soll, zumal die Bevölkerung weiter abnimmt. Wenn es also viel mehr Ärzte als früher gibt und dennoch in einigen Teilen nicht genug vorhanden sind, dann kann es nur eine Schlussfolgerung geben: Wir haben ein Verteilungsproblem.

Sinnvolle Anreize schaffen

Mecklenburg-Vorpommern hat Regionen, wie beispielsweise die Städte Schwerin, Rostock, Neubrandenburg und Greifswald, in denen mehr als genügend Ärzte vorhanden sind. Dabei ist das Ansiedlungsverhalten der Ärzte durchaus nachvollziehbar. Wer will schon in einen Landstrich, wo es kaum noch eine ansprechende Infrastruktur mit Bäcker, Fleischer, Schule, Hort oder kulturellen Einrichtungen oder auch eine passende Arbeit für den Partner gibt? Hier sind alle Verantwortlichen im Land gefragt, entsprechende Anreize zu schaffen. Der alleinige Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung reicht da nicht aus. Vielmehr müssen Landesregierung, Kommunen, Ärztevereinigungen und Krankenkassen an einem Strang ziehen, um die Situation zu verbessern. Anstrengungen und Konzepte dazu gibt es in unserem Land schon seit Jahren, ja sogar einen „Masterplan für die ärztliche Versorgung“, der sich auch den Fragen stellt: Wie kann man junge Absolventen gewinnen, sich in den überwiegend ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns als (Land)Arzt niederzulassen?

Mengensteuerung notwendig

Zurück zum Versorgungsgesetz: Es sollen bessere mobile Versorgungskonzepte eingeführt; die Telemedizin weiter ausgebaut werden oder auch in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten eine Delegation ärztlicher Leistungen an medizinisches Fachpersonal (zum Beispiel an Vertragsärztinnen) möglich sein. Außerdem soll schrittweise die Sektorengrenze zwischen Krankenhaus und Niederlassung überwunden werden. Die Einführung einer ambulanten spezialärztlichen Behandlung soll gleiche Wettbewerbsbedingungen für Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzten erzielen.

Allerdings führen diese Instrumente unweigerlich zu einer Kostenausweitung, sofern keine Mengensteuerung eingebaut wird. Das zeigt die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung ganz deutlich. Und weil im GKV-VStG. eben keine Mengensteuerung vorgesehen ist, bleibt zu befürchten, dass „wie wild spezialärztlich ambulante Leistungen erbracht werden“. Das ist weder versorgungstechnisch noch ordnungspolitisch sinnvoll. Und weil sich unter Umständen immer mehr Ärzte auf diese spezialisierte Versorgungsform konzentrieren könnten, besteht die Gefahr, dass darunter die notwendige „Grundversorgung“ leidet. Das kann nicht gewollt sein. Hier fordern die Ersatzkassen, dass der Gesetzgeber dringend nachbessert.

Noch ist Zeit dazu, wenn der Gesetzesentwurf jetzt in den Lesungen des Bundestages beraten wird, denn ... die Küken werden im Herbst gezählt.

DER KOMMENTAR



Karl Nagel,
Leiter der vdek-
Landesvertretung

Nachbesserung notwendig

Der jetzt vorliegende Kabinettsentwurf enthält einige beachtenswerte und richtungweisende Vorschläge. Besonders positiv sind die vorgesehenen Regelungen zur Anpassung des Vergütungsniveaus in der zahnärztlichen Versorgung hervorzuheben. Hier zahlen die Ersatzkassen bereits seit vielen Jahren deutlich mehr Honorar für gleiche Leistungen als ihre Mitbewerber. Mit den neuen Regelungen werden die Wettbewerbsnachteile der Ersatzkassen bei der zahnärztlichen Vergütung beendet. Gleiches Geld für gleiche Leistungen – dieses Prinzip wird nun endlich auch gesetzlich verankert.

Außerdem enthält der Gesetzesentwurf Möglichkeiten, mit denen die hinderlichen Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden sollen. Allerdings benötigen wir hier dringend noch Nachbesserungen, die eine Mengenausweitung verhindern. Nur mehr Geld ins System zu geben, ohne dass eine tatsächliche Verbesserung für unsere Versicherten eintritt, ist kontraproduktiv. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es bereits gute Ansätze, die Ansiedlung von Ärzten auch in strukturschwachen Regionen zu befördern. Beispielgebend sei hier die Initiative des Landkreises Nordvorpommern genannt, der bis 2015 für jährlich drei Medizinstudenten ein monatliches Sonderstipendium von 500 Euro ausgelobt hat, wenn diese sich hinterher im Landkreis in einer Praxis niederlassen. Die ersten Stipendiaten sind bereits gefunden.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Bis zuletzt zu Hause

NOCH IMMER STERBEN in Mecklenburg-Vorpommern die meisten Menschen im Krankenhaus. Doch immer mehr Menschen haben den Wunsch, die letzten Wochen und Tage ihres Daseins in ihrer häuslichen Umgebung, das heißt auch zusammen mit ihren nächsten Angehörigen zu verbringen. Seit 2007 haben schwerstkrank Sterbende sogar einen Anspruch auf eine spezielle Versorgungsform. Bevor die ersten SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern entstanden, mussten einige bürokratische Hürden und nicht zuletzt auch „Hürden“ in den Köpfen der Beteiligten überwunden werden. Inzwischen gibt es solche spezialisierten Teams in Rostock, Ribnitz-Damgarten/Darß, Greifswald und Umland, Stralsund und Umland, Ludwigslust und Umland, in Neubrandenburg und in Schwerin. Ein achttes SAPV-Team soll ab September in Pasewalk dazu kommen und das Gebiet des ehemaligen Uecker-Randow-Kreises abdecken.

Im Team selbst arbeiten verschiedene Klinikärzte und Hausärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und auch Pflegedienste zusammen. Auch deren Vertreter benötigen eine Zusatzweiterbildung Palliativ-Care und können über Sonderverträge mit dem Team palliativmedizinische bzw. -pflegerische Leistungen erbringen.



Bis zum Schluss in der eigenen Wohnung

WAS IST SAPV?

Beschreibungen erfolgen in den §§ 37 b und 132 d SGB V sowie in der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 SGB V dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht an Stelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“

Diese hohen Qualitätsanforderungen sichern einerseits eine zielgerichtete Sterbebegleitung. Andererseits gibt es deshalb noch nicht ausreichend Palliativmediziner in Mecklenburg-Vorpommern, sodass die Ersatzkassen in den nächsten Jahren weiteren Qualifizierungsbedarf sehen, um eine Flächendeckung zu erreichen.

Im Durchschnitt kommt ein SAPV-Team auf einen Aktionsradius von ca. 30 km und versorgt bis zu zwölf Schwerstkranke gleichzeitig. Ganz wichtig ist für die Teams die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, die in aller Regel die Verordnung für eine spezialisierte Versorgung ausstellen. Natürlich werden die meisten Menschen auch von ihren Hausärzten beim Sterben begleitet. Diese allgemeine palliativmedizinische Sterbebegleitung endet jedoch dort, wo das Symptomgeschehen aufgrund der meist mehreren, schweren Erkrankungen des Patienten so komplex ist, dass ein Hinzuziehen des SAPV-Teams notwendig wird.

Die Ersatzkassen unterstützen den Erfahrungsaustausch beim „Runden Tisch Palliativmedizin“, der jährlich unter Leitung des Sozialministeriums durchgeführt wird. Als nächster Schwerpunkt steht die palliativmedizinische Versorgung speziell von Kindern auf der Tagesordnung. Dazu laufen bereits erste Gespräche mit der Uni-Klinik Rostock.

„Vorschnelle Beitragssatzsenkung wäre ein Risiko“

Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden des vdek, Thomas Ballast, zu den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen

▼ **Das erste Halbjahr 2011 war gesundheitspolitisch ereignisreich – bis hin zum Wechsel an der Spitze des Gesundheitsministeriums. Wo sehen Sie aktuelle Herausforderungen, wo werden wir Ende 2011 stehen?**

▲ Aktuell geht es uns um die richtige Verteilung der Ärzte, denn wir haben – anders als vielfach behauptet – keinen generellen Ärztemangel. Die Politik kümmert sich aber nur um eine vermeintlich drohende Unterversorgung. Zum Abbau der massiven Überversorgung in den Ballungsgebieten wird wenig getan. Hier muss etwas geschehen. In der praktischen Arbeit beschäftigt uns derzeit eine Regelung, nach der der PKV-Verband ein alleiniges Prüfrecht für einen Teil der Pflegeeinrichtungen bekommt. Hier müssen wir etwas umsetzen, das wir nicht sinnvoll finden. Denn die Pflegeeinrichtungen werden weit überwiegend von GKV-Versicherten bewohnt. Und damit sind wir auch schon beim Thema: Die Reform der Pflegeversicherung gehört zu den vordringlichen Aufgaben, die die Regierung noch zu erledigen hat.

▼ **Der vorherige Gesundheitsminister Rösler hatte für 2011 das Jahr der Pflege ausgerufen. Welche Reformmaßnahmen müssen hierfür aus Sicht der Ersatzkassen unternommen werden?**

▲ Es ist höchste Zeit, sich auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verständigen. Demenzkranke und ihre Angehörigen dürfen nicht länger verdrängt werden. Leistungsverbesserungen sind überfällig. Was die Finanzierungsreform der sozialen Pflegeversicherung betrifft, so muss betont werden, dass sich ihre tragenden Strukturprinzipien „paritätisch“ und „solidarisch“ als Instrumente zur Absicherung der Pflege bewährt haben. In der Politik wird auch über ergänzende private Zusatzversicherungen für die Pflege diskutiert. Ich lehne das ab, da so Empfänger kleiner Einkommen zu stark belastet und nur den Versicherungskonzernen Zusatzgeschäfte verschafft werden. Wenn man sich für Kapitaldeckung entscheidet, dann kann das sinnvoll nur innerhalb der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung geschehen. Für diesen Fall haben die Ersatzkassen eine „Nachhaltigkeitsre-

serve“ als ergänzende Finanzierungskomponente vorgeschlagen.

▼ **Mit dem Versorgungsstrukturgesetz legt die Bundesregierung den Fokus nun auf die ärztliche Versorgung. Welche grundlegenden strukturellen Probleme in unserem Gesundheitssystem sehen Sie?**

▲ Wir haben ein sehr leistungsfähiges, aber auch sehr komplexes Gesundheitswesen. Wegen dieser Komplexität gibt es zwischen den Leistungssektoren (z. B. ambulant/stationär), aber auch zwischen den Sozialversicherungen (z. B. Kranken- und Pflegeversicherung) zahlreiche Schnittstellen, an deren Überwindung wir arbeiten müssen. An diesen Schnittstellen gehen Informationen und damit Behandlungsqualität verloren. Geringere Qualität bedeutet aber oft auch höhere Kosten. Außerdem fällt es Patienten oder deren Angehörigen schwer, gerade bei komplexeren Gesundheitsproblemen ihren richtigen Weg durch das Gesundheitswesen zu finden. Neben einer Beseitigung der Schnittstellen steht daher eine größere Patientenorientierung ganz oben auf der Agenda.

▼ **Wird es gelingen, mit dem Versorgungsstrukturgesetz nach heutiger Fassung einer drohenden Unterversorgung auf dem Land entgegenzuwirken?**

▲ Ich glaube nicht, dass es gelingen wird, viele Ärzte von den Reizen des Landlebens zu überzeugen. Mit der Lockerung der Residenzpflicht wird allerdings ein richtiger Schritt gemacht, da Ärzte künftig in der Stadt wohnen, aber auf dem Land praktizieren können. Das bietet sich aber nicht für alle Regionen an. Die Zukunft sehe ich mehr in der Nutzung alternativer Versorgungskonzepte. Wir müssen verstärkt delegierbare Leistungen, Praxisfilialen, Versorgungszentren und Telemedizin einsetzen. Hier bietet das Versorgungsstrukturgesetz durchaus gute Ansätze.

▼ **Über das ärztliche Honorar wurde und wird in den letzten Jahren immer wieder heiß diskutiert. Geht es den Ärzten tatsächlich schlechter?**



Thomas Ballast

▲ Wir haben den Ärzten in den letzten Jahren über sechs Milliarden Euro zusätzlich gezahlt. Andere Berufe können von solchen Lohnanstiegen nur träumen. Strittiger als die absolute Höhe der Honorare war aber immer die Verteilung. Sowohl zwischen den unterschiedlichen Arztgruppen, aber auch zwischen den Regionen. Hierfür sind zu allererst die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich.

▼ **In der Arzneimittelversorgung hat sich in letzter Zeit einiges getan: Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der jüngsten Arzneimittelgesetzgebung auf die GKV?**

▲ Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz ist endlich einmal eine echte Strukturreform gewagt worden. Dass neue Arzneimittel einer Nutzenbewertung zugeführt werden, die dann Grundlage für Preisverhandlungen mit den Pharmaunternehmen ist, begrüßen wir sehr. Es ist ein Versuch, das Preismonopol der pharmazeutischen Hersteller zu durchbrechen. Ob dies wirklich praxistauglich ist, wird sich nun zeigen müssen.

▼ **Der Gesundheitsfonds ist randvoll, die Finanzlage der Kassen so gut wie schon lange nicht mehr. Besteht Grund zum Jubeln und muss jetzt der allgemeine Beitragssatz abgesenkt werden?**

▲ Es ist ja gut, wenn die Krankenkassen nicht wegen Defiziten in den Schlagzeilen sind. Es besteht aber kein Grund zum Jubeln, denn bei 180 Milliarden Euro Ausgaben sind die vielleicht zu erwartenden sieben Milliarden Euro Überschuss am Ende des Jahres kein Ruhekiten. Die Ausgaben werden auch nächstes Jahr weiter steigen und wie es mit den Beitragseinnahmen

weitergeht, weiß heute niemand. Deshalb hätte eine vorschnelle Beitragssatzsenkung das Risiko, dass fehlende Mittel zu einer Erhebung zusätzlicher Zusatzbeiträge führen könnten. Besser wäre es, alle Kassen dazu in die Lage zu versetzen, ohne Zusatzbeitrag über die Runden zu kommen – dann müsste auch der sehr verwaltungsaufwendige und bürokratische Sozialausgleich gar nicht erst eingeführt werden.

▼ **Der kassenindividuelle Beitragssatz ist passé, heute wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen primär mittels Zusatzbeiträgen gesteuert. Wie beurteilen Sie dies aus ordnungspolitischer Sicht?**

▲ Zusatzbeiträge werden auf dem Markt bis zu einer gewissen Höhe toleriert bzw. lassen sich durch andere Wettbewerbsparameter wie Leistungsstärke und Versichertennähe ausgleichen. Insoweit bestimmen die Zusatzbeiträge erst ab einer bestimmten Höhe den Wettbewerb. Die pauschalen Zusatzbeiträge sind aber auf alle Fälle ein Hemmschuh für die Weiterentwicklung der Versorgung. Wenn eine Kasse jede Leistungsverbesserung oder Investitionen in besseres Versorgungsmanagement zunächst über den Zusatzbeitrag finanzieren muss, wird in diesem Bereich wenig passieren.

▼ **Ein beherrschendes Thema in den letzten Wochen war die Schließung der CITY BKK. Ist dies ein Einzelschicksal oder müssen wir mit weiteren Kassenschließungen rechnen?**

▲ Die Schließung der CITY BKK hat bei ihren Versicherten und in der Öffentlichkeit für viel Wirbel gesorgt. Das hätte man wirklich besser über die Bühne bekommen können. Man muss aus solchen Fehlern lernen. Dass es zu weiteren Schließungen kommt, kann man nicht ausschließen, es wird aber nicht der Regelfall sein. Sicher werden wir aber noch die eine oder andere Kassensfusion erleben.

▼ **Welche Botschaften würden Sie Minister Bahr abschließend ins Aufgabenbuch schreiben?**

▲ Die Akteure rechtzeitig in die Entscheidungen einbinden und auf die gemeinsame Selbstverwaltung setzen. Denn je breiter der Konsens, je größer die Akzeptanz und desto reibungsloser und nachhaltiger die Umsetzung. Allerdings gehört dann auch Geduld dazu, denn das Aushandeln dauert meist länger als das Festlegen oder Vorschreiben.

Rechtsstreitigkeiten beigelegt: **KVMV zahlt über vier Millionen an Ersatzkassen zurück**

Jährlich führen die Ersatzkassen Honorar- und Vertragsverhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns (KVMV) durch. Angesichts der Forderungen der KVMV auf der einen und der immer knapper werdenden Mittel auf der anderen Seite, endeten die geführten Verhandlungen seit Mitte der 90-er Jahre meist vor den Schiedsämtern und infolge auch vor den Gerichten, bis hin zum Bundessozialgericht. Letzteres hatte in einem richtungweisenden Urteil, im Tenor überwiegend im Sinne der Ersatzkassen, anhängige Streitigkeiten zur erneuten Behandlung an das Schiedsamt zurückverwiesen. Danach hatten die Ersatzkassen, teilweise auch durch Schiedsamsentscheidungen begründet, zuviel an Honorargeldern an die KVMV gezahlt.

Vor diesem Hintergrund setzten sich beide Seiten an einen Tisch, auch mit dem Willen, weitere, langwierige Streitigkeiten vor den Sozialgerichten zu verhindern und um eine gewisse Rechtssicherheit

für beide Verhandlungspartner mittels eines Vergleiches zu erlangen. In Abwägung der gegenseitig aufgestellten Forderungen auf Nachzahlungen und den möglichen oder eben unmöglich einzuschätzenden Aussichten der Streitentscheidungen vor den Gerichten, einigten sich die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung darauf, dass Letztere einen Betrag von 4,05 Millionen Euro an die Ersatzkassen zurückzahlt.

Gleichzeitig einigte man sich auch darauf, dass damit alle anhängigen Rechtsstreitigkeiten bis einschließlich 2008, also bis zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung, erledigt sind.

Aus Sicht der Ersatzkassen war dies eine längst fällige Entscheidung, fehlte ihnen doch das zuviel gezahlte Geld für die Versorgung ihrer Versicherten an anderer Stelle. Bleibt zu hoffen, dass künftige Verhandlungen nicht auch erst nach Jahren vom BSG entschieden werden müssen ...

Pflegestützpunkte in M-V: **Die unendliche Geschichte**

Nach einem eher wenig überzeugenden Ergebnis aus einem Modellprojekt eines Pflegestützpunktes in Wismar, mit ca. zwei bis drei Beratungen am Tag, sind mittlerweile drei Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern errichtet worden. Den Anfang machte Pasewalk, dann folgte Güstrow und schließlich noch die Hansestadt Rostock.

Aus Sicht der Ersatzkassen macht ein solcher, unabhängig beratender Stützpunkt nur Sinn, wenn er gemeinsam mit den kommunalen Einrichtungen errichtet wird und dort angesiedelt ist, wo Menschen sowieso schon Rat von Behörden suchen, am besten also in den Landratsämtern oder kommunalen Begegnungsstätten.

Leider sind nach anfänglicher Euphorie nach und nach viele Landkreise/Kommunen wieder abgesprungen und haben von der Errichtung eines gemeinsamen Pflegestützpunktes mit den Pflege- und Krankenkassen Abstand genommen. Dazu zählt auch die Landeshauptstadt Schwerin, deren Oberbürgermeisterin,

Angelika Gramkow (DieLINKE), finanzielle Engpässe als Begründung anführte. Das wiederum lies SPD-Landtagsabgeordneter Jörg Heydorn nicht auf sich beruhen, der mehr politischen Weitblick von den Stadtvertretern forderte und als Beispiel die Hansestadt Rostock anführte, die trotz klammer Haushaltslage einen Pflegestützpunkt errichtete.

Die Ersatzkassen bekennen sich zu ihrer Verpflichtung nach dem Gesetz und der Allgemeinverfügung des Landes, Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern zu errichten. Gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales und Gesundheit sind sie der Auffassung, dass hierbei nur die gemeinsame Trägerschaft mit den jeweiligen Kommunen sinnvoll ist und deshalb auch zukünftig angestrebt werden sollte.

Fakt ist aber auch: Die drei Stützpunkte müssen jetzt erst ihre „Praxistauglichkeit“ nachweisen. Die daraus gezogenen Erkenntnisse sollten bei der Errichtung weiterer Stützpunkte beachtet werden.

Hilfsmittelzulassungen: vdek-Präqualifizierungsstelle gut angenommen

Mit der sogenannten Präqualifizierung wurde das bisherige Zulassungsgeschäft im Hilfsmittelbereich neu strukturiert.

Seit diesem Jahr ist der vdek, und damit auch die Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, als Präqualifizierungsstelle zugelassen.

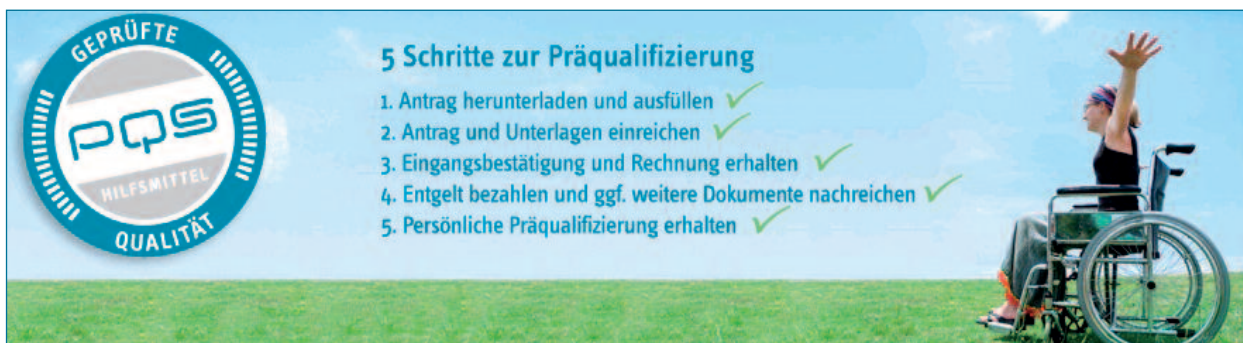
Seitdem hat die Landesvertretung ca. 30 Verfahren abgeschlossen bzw. ein Abschluss zur Zulassung steht unmittelbar bevor.

Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich können bei der vdek-Landesvertretung die Präqualifizierung Ihres Unternehmens beantragen. Die Bearbeitung erfolgt unkompliziert, kompetent, sehr kundenfreundlich

und zu einem fairen Preis. Dieser liegt je nach Art des Leistungserbringers zwischen 100 und 200 Euro.

Wichtige Informationen zum Präqualifizierungsverfahren finden Sie auf der Internetseite der vdek-Verbandszentrale (<http://www.pqs-hilfsmittel.de/>) und in den aktuellen Fragen und Antworten (unter: <http://www.pqs-hilfsmittel.de/FAQ/index.htm>).

Ansprechpartnerin in der vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern ist Frau Daniela Schröder. Sie können sie telefonisch unter 0385-5216-115 erreichen oder per E-Mail unter: daniela.schroeder@vdek.com.



5 Schritte zur Präqualifizierung

1. Antrag herunterladen und ausfüllen ✓
2. Antrag und Unterlagen einreichen ✓
3. Eingangsbestätigung und Rechnung erhalten ✓
4. Entgelt bezahlen und ggf. weitere Dokumente nachreichen ✓
5. Persönliche Präqualifizierung erhalten ✓

The infographic features a circular logo on the left with the text 'GEPRÜFTE PQS HILFSMITTEL QUALITÄT'. On the right, a person is shown in a wheelchair with their arms raised in a gesture of triumph or joy against a blue sky background.

KURZ GEMELDET

■ Mehr Wähler bei der Sozialwahl 2011

Fast 14,2 Millionen Versicherte und Rentner der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglieder der großen Ersatzkassen haben sich an der Sozialwahl 2011 beteiligt. Das sind über 500.000 Wähler mehr als bei der letzten Sozialwahl 2005. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund lag die Wahlbeteiligung bei 29,44 Prozent, die BARMER GEK verzeichnete einen Anteil von 31,49 Prozent Wählerstimmen, bei der TK waren es 33,26 Prozent, bei der DAK 28,14 Prozent, bei der KKH-Allianz 27,27 Prozent und die hkk zählte eine Wahlbeteiligung von 28,54 Prozent.

■ Arztbesuche / Wartezeiten

Nach einer aktuellen Umfrage von KANTAR HEALTH (vormals Emnid) warteten die 6.000 Befragten durchschnittlich etwas weniger als eine halbe Stunde beim Arzt. Auf einen Termin warteten gesetzlich Versicherte 19 Tage und damit sieben Tage länger als ein PKV-Patient. Während sich bei gesetzlich Versicherten die Terminwartezeit gegenüber 2008 um einen Tag verringerte, verlängerte sich die Wartezeit für PKV-Patienten um vier Tage.

■ Schwangerschaftsabbrüche: Rückgang bei Minderjährigen

In Mecklenburg-Vorpommern ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche 2010 gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken. So entschieden sich im letzten Jahr 3.085 Frauen im Nordosten für einen legalen Schwangerschaftsabbruch, das waren 31 weniger als 2009. Ein möglicher Grund: Immer mehr Mädchen lassen sich die Pille verschreiben.

Förderung ambulanter Hospizdienste: Ersatzkassen zahlen über eine halbe Million

Einen Förderbetrag von insgesamt 525.375 Euro erhielten zum Juli dieses Jahres zwölf ambulante Hospizdienste aus Mecklenburg-Vorpommern. Die Ersatzkassen erhöhten ihren Beitrag mit 212.634 Euro gegenüber den Vorjahren deutlich. Mit der Förderung leisten die Ersatzkassen einen wesentlichen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten für die palliativ-pflegerische Beratung durch ausgebildete Fachkräfte.

2010 haben die geförderten ambulanten Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern mit insgesamt 407 ehrenamtlich Tätigen 510 Sterbebegleitungen in Haushalten und Familien erbracht. Im Vergleich zu den Vorjahren ist ein stetiger Anstieg der geleisteten Sterbebegleitungen und des Fördervolumens zu verzeichnen. Das macht

deutlich, dass der weitere Auf- und Ausbau einer möglichst flächendeckenden ambulanten Hospizversorgung, also einer häuslichen Sterbebegleitung, weiter vorangeschritten ist.



Soziale Zuwendung

BÜCHER

- Psychische Erkrankungen machen beunruhigende Schlagzeilen: Die Menge an verordneten Antidepressiva hat sich im letzten Jahrzehnt verdoppelt, Depressionen werden laut WHO bis 2020 die zweithäufigste Volkskrankheit sein. Frühzeitiges Eingreifen ist gefragt. Dabei kann die Selbsthilfe eine große Rolle spielen. Mit dem Buch **„Erfolgreich gegen Depressionen und Angst“** gibt der Springer Verlag Betroffenen einen Leitfaden an die Hand, wie sie erfolgreich gegen ihre Krankheit angehen können. Autor: **Dietmar Hansch**.

Springer 2011, 186 S., 11 Abb., ISBN 978-3-642-04120-4, 19,95 Euro

- **Thorsten Havener** konfrontiert den Leser in seinem neuen Bestseller **„Denk doch, was du willst“** mit einer Fülle faszinierender Techniken der Beeinflussung respektive Manipulation: Vom Spiegeln von Körperhaltungen, der «Architektur der Trance» bis zu Risiken und Nebenwirkungen der Hypnose und dem Enträtseln der sieben Basisemotionen (Überraschung; Angst; Trauer und Verzweiflung; Wut, Ärger, Zorn; Ekel; Verachtung; Freude) durch das aufmerksame Registrieren von Stimme, Gesten und Sprache.

Rowohlt-Verlag 2011, 256 S., ISBN 978-3-8052-5021-4, 17,95 Euro

- In **„Das Glück geht nicht zu Fuß“** gibt Autorin **Ines Kiefer** sehr persönliche Einblicke in ihr bewegtes Leben. Quasi über Nacht wird aus der begeisterten Hobbytänzerin durch eine missglückte Operation eine Querschnittsgelähmte. Sie erzählt von den Umstellungen von der Fußgängerin zur Rollstuhlfahrerin, von Wohnungssuche und Gassi „gehen“ mit dem Hund – und wie sie schließlich viel mehr vom Leben bekommen hat, als sie sich hat träumen lassen.

Knaur 2011, 280 S., Taschenbuch, ISBN 978-3-426-78441-9, 9,99 Euro

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des vdek
Werderstraße 74a · 19055 Schwerin
Telefon: 03 85 / 52 16-100
Telefax: 03 85 / 52 16-111
Verantwortlich: Karl Nagel
Redaktion: Dr. Bernd Grübler
E-Mail: LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com