

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ANTRITTSBESUCH von Sozialminister Alexander Schweitzer beim Landesausschuss der Ersatzkassen | MODELLPROJEKT Stärkung der Pflege im Krankenhaus | ZUSATZKOSTEN Reizthema IGeL

RHEINLAND-PFALZ

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2013

POLITIK

Finanzierung auf neue Beine stellen



FOTO: Pixal - Fotolia.com

„Stärkung der Selbstverwaltung“, „Autonomie in der Finanzierung“ und „mehr Qualität in der Versorgung“, lauten die gesundheitspolitischen Forderungen der Ersatzkassen für die kommende Legislaturperiode. Gut zwei Monate vor der Bundestagswahl hat sich die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e.V. auf gemeinsame Positionen verständigt, mit denen man sich in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen will. Im Zentrum steht die Finanzierungsarchitektur der GKV. Die Finanzierung soll demnach wieder in die Hände der Selbstverwaltung gegeben, Zusatzbeiträge und Prämien abgeschafft und die Beitragssatzautonomie wieder eingeführt werden, ebenso die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Versicherte. Zugesagte Steuermittel müssten verlässlich sein und alle Leistungen im Gesundheitswesen einer Nutzenbewertung unterzogen werden. Mehr unter www.vdek.com/politik.

STATIONÄRE VERSORGUNG

Und täglich grüßt der Landesbasisfallwert

Die Politik schüttet das Geld über die Krankenhäuser mit der Gießkanne aus. Statt gezielt die kleinen Krankenhäuser auf dem Land zu unterstützen, werden so besonders die großen Krankenhäuser gefördert.

Wenn dieser Tage von notleidenden Krankenhäusern die Rede ist, geht es meist um kleine Häuser auf dem Land, in strukturschwachen Gebieten. Viele kleinere Häuser ohne entsprechende medizinische Schwerpunkte haben es zunehmend schwer, betriebswirtschaftlich zu bestehen. Zwar war die gesamtwirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz laut aktuellem „Krankenhaus Rating Report“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) im Vergleich der alten Bundesländer 2011 noch am besten. Gleichzeitig fiel hier der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust mit über 40 Prozent besonders hoch aus.

Der für jedes Land individuell ausgehandelte Landesbasisfallwert (LBFW), der die Grundlage fast aller Berechnungen im Krankenhausbereich bildet, ist in Rheinland-Pfalz bundesweit am höchsten. Und von einem hohen Landesbasisfallwert profitieren zunächst einmal alle Häuser, aber vor allem die großen Krankenhäuser in den Ballungszentren.

Es gibt einen Grundzusammenhang: Je höher der Landesbasisfallwert ist und je mehr dieser steigt, umso größer wird die Differenz der Gewinne, die große Krankenhäuser im Unterschied zu kleinen Krankenhäusern erwirtschaften können.

Keine Chancengleichheit

Kleine Krankenhäuser haben nicht die Möglichkeit, die Leistungsmenge so auszuweiten, wie große Krankenhäuser. Große Krankenhäuser haben mehr Chancen im Wettbewerb um Ärzte und Patienten als die kleinen Krankenhäuser auf dem Land. Sie können die am besten qualifizierten medizinischen Fachkräfte am Arbeitsmarkt „einkaufen“; kleine Krankenhäuser können mit den Angeboten der großen Krankenhäuser meist nicht mithalten.

Eine weitere Erhöhung des Landesbasisfallwertes durch eine bundesweite Tarifierhöhungsrates, die mit der Gießkanne über alle Krankenhäuser ausgeschüttet wird – unabhängig davon ob die entsprechenden Personalkosten tatsächlich auch entstanden sind – verstärkt diesen Effekt.



KOMMENTAR

Eine Kurve mehr auf der Achterbahn

FOTO: vdek



von
MARTIN SCHNEIDER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Was vielfach prophezeit wurde tritt jetzt ein: Die Finanzüberschüsse im GKV-System werden nicht dazu genutzt, das System zukunftsfest zu machen, sondern das Geld wird – im Wahljahr – mit der Gießkanne verteilt. 1,1 Milliarden Euro gibt es 2013 und 2014 für die Krankenhäuser. Statt an der Lösung der grundsätzlichen Finanzierungsprobleme zu arbeiten – zu denen vor allem der Rückzug der Länder aus der Investitionsförderung zählt – verteilt die Politik Geld ohne Bezug zu strukturellen Reformen. Der ordnungspolitischen Achterbahnfahrt im Krankenhausbereich wird mit diesen „Nothilfen“ ein weiteres Kapitel hinzugefügt. Bereits seit Einführung des DRG-Systems vor 10 Jahren findet ein politisches Gezerre zwischen der Entscheidung für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem und der (Wieder-)Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips statt. Was Not tut, ist eine echte Finanzierungsreform, in der Fehlanreize des jetzigen DRG-Systems beseitigt werden, inklusive der Qualitäts- und Mengenproblematik. Und die Länder müssen sich entscheiden, ob sie die Krankenkassen weiterhin eher als Quersubventionierer in einem System der „schleichenden Monistik“ sehen, oder aber zukünftig wirklich bereit sind, Finanzierungsverantwortung hinsichtlich der Investitionskosten der Krankenhäuser zu übernehmen.



Die „kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur finanziellen Hilfe für Krankenhäuser“ der Bundesregierung sehen eine Entlastung der Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 in Höhe von insgesamt rund 1,1 Milliarden Euro vor. Beschlossen wurde ein Versorgungszuschlag auf die Rechnungsbeträge aller Krankenhäuser bundesweit von 1 Prozent in 2013, ab 1. August 2013, und 0,8 Prozent in 2014 gewährt werden. Dieser Zuschlag wird allen Häusern gleichermaßen zuteil, unabhängig von der wirtschaftlichen Situation oder etwa wie hoch der Landesbasisfallwert im Land ist. Das führt unter Umständen dazu, dass große Krankenhäuser, die durch Mengensteigerungen große Umsätze in lukrativen Bereichen machen, ihre Gewinne vergrößern.

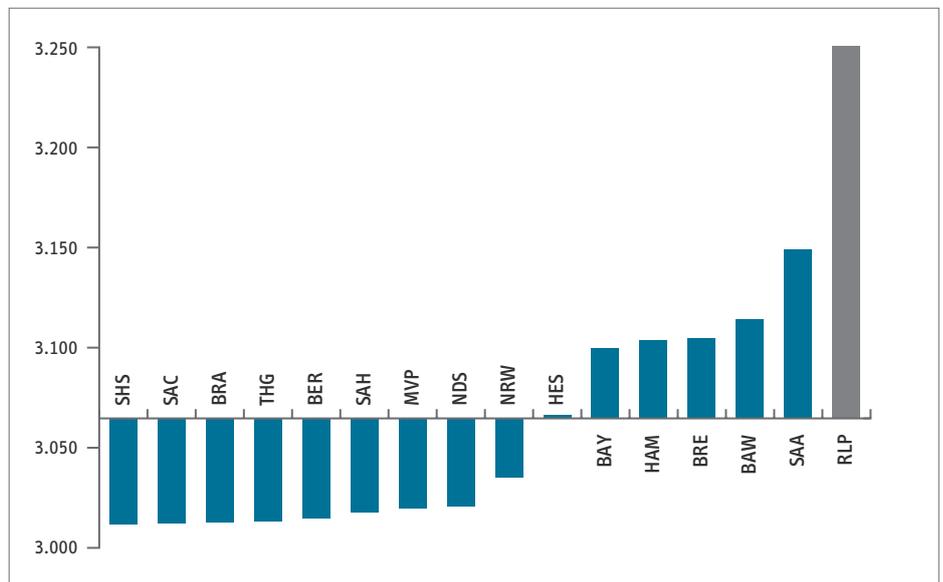
Mit der Gießkanne

Die vor Ort vereinbarten Abschläge auf Mengensteigerungen (Mehrleistungsabschläge) bleiben zwar erhalten. Doch nun wird der Zuschlag wiederum allen Häusern gleichermaßen gewährt, statt das hier eingesparte Geld den Krankenhäusern zu Gute kommen zu lassen, die auf dem Land bedarfsnotwendig sind, aber nicht in die Menge gehen können. Dann käme das Geld auch dort an, wo es wirklich benötigt wird. So wird das Geld aber wieder einmal mit der mit der Gießkanne verteilt.

Die angekündigten „Hilfemaßnahmen“ dokumentieren aber auch einmal mehr die Hilflosigkeit der Politik bei Reformen im Krankenhausbereich. Dabei wird abermals deutlich: den Krankenkassen werden im stationären Sektor zwar in regelmäßigen Abständen neue (zusätzliche) Ausgaben zugemutet, ein aktiver Einfluss auf die Versorgungsstrukturen geht mit dieser gewachsenen Finanzverantwortung indes nicht einher.

Mehr Wettbewerb gefordert

Wirkliche Kompetenzen bei der Mitgestaltung der Krankenhausstrukturen in den Ländern besitzen die Krankenkassen kaum, die Krankenhausplanung ist und bleibt eine Domäne der Länder, angetrieben von Interessen verschiedenster Akteure wie Krankenhausträger, Landes- und Kommunalpolitik, Kirchen und Gewerkschaften. Politisches Produkt dieser Interessensvielfalt ist ein Versorgungssektor ohne funktionierenden Vertragswettbewerb, ausgestattet mit einem äußerst komplexen Finanzierungs- und Vergütungssystem und ohne echte Qualitätsorientierung. Dabei würden mehr Wettbewerb um gute Versorgung, Konzentration, Kooperation und Qualität nicht nur dem Unternehmen Krankenhaus gut tun – insbesondere die Patienten würden es ihm danken. ■



GRAFIK: vdek

SPITZENREITER Rheinland-Pfalz hat seit Jahren bundesweit den höchsten Landesbasisfallwert.

Das große Zukunftsthema heißt Demografie

100 Tage nach Übernahme der Spitze des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) war Staatsminister Alexander Schweitzer erstmals zu Gast beim Landesausschuss der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz.



IM KREIS DER ERSATZKASSEN Minister Alexander Schweitzer (hinten links) mit Martin Schneider, vdek, Anneliese Bodemar, TK, Horst Braner, DAK-Gesundheit, und Joachim Weber, KKH, (vorne von links) sowie Friedhelm Ochs, Barmer GEK (hinten rechts).

Den demografischen Wandel hat der neue Sozialminister als gemeinsame große Herausforderung für sein sehr vielseitiges Arbeitsgebiet identifiziert. So stand denn auch die medizinische Versorgung einer alternden Gesellschaft im ländlich geprägten Flächenstaat, bei erwartetem Fachkräftemangel, im Mittelpunkt des Antrittsbesuchs, zu dem die Vorsitzende des Landesausschusses der Ersatzkassen, Anneliese Bodemar (TK), Minister Schweitzer in den Räumen der vdek-Landesvertretung in Mainz begrüßte. In einer offenen Gesprächsrunde ging der Minister auf Beiträge aus dem Kreis der Mitglieder des Landesausschusses ein. Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung, stellte fest: „Insgesamt kann man bei der Analyse des Ist-Zustandes viel Übereinstimmung erkennen.“

Ausdrücklich lud Minister Schweitzer die Mitglieder des Landesausschusses dazu

ein, gemeinsam mit dem Ministerium Modellprojekte zu schaffen und zu erproben. Auch müsse die Kassenärztliche Vereinigung bei der künftigen Sicherung und Ausgestaltung der Versorgung stärker in die Verantwortung genommen werden.

Als denkbare Strukturänderungen für die Zukunft nannte der Minister die Delegation von medizinischen Aufgaben auf nicht-ärztliche Fachkräfte sowie die Übernahme von Aufgaben in der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser. Auch die Telemedizin solle weiter gefördert werden.

Klar bekannte sich Minister Schweitzer zur Bestandsgarantie für kleine Krankenhäuser auf dem Land. Sie müssten auch in der Fläche erhalten bleiben, sich jedoch an die verändernden Gegebenheiten anpassen. Er sprach sich für Spezialisierung und Kooperation kleinerer Häuser aus. Als Beispiel nannte er den Verbund der Krankenhäuser in Landau, Bad Bergzabern und Annweiler. ■

18,1 Millionen für mehr Pflegekräfte

Mit 18,1 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen von 2009 bis 2011 in rheinland-pfälzischen Krankenhäusern rund 760 neue Pflegestellen finanziert. Im Rahmen des Pflegesonderprogramms erhielten bundesweit 1.100 Krankenhäuser insgesamt ca. 1,1 Mrd. Euro für etwa 15.300 zusätzlich eingestellte Pflegekräfte. Das geht aus dem Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes hervor, der am 1. Juli präsentiert wurde.

Durch das Pflegesonderprogramm sollte von 2009 bis 2011 zusätzliches Pflegepersonal in Krankenhäusern eingestellt werden. Die Krankenhäuser konnten 0,48 Prozent ihres Budgets zusätzlich von den Krankenkassen erhalten, um neue Pflegekräfte einzustellen oder vorhandene Teilzeitstellen aufzustocken.

In Rheinland-Pfalz nahmen etwas mehr als die Hälfte der anspruchsberechtigten Krankenhäuser an dem Programm teil, im bundesweiten Durchschnitt waren es fast 70 Prozent. Ob die zusätzlichen Pflegekräfte auch jetzt noch in den Krankenhäusern beschäftigt werden, ist ungewiss. Die Nachweispflicht gegenüber den Krankenkassen endete 2011. Die Krankenkassen stellen dieses zusätzliche Geld weiterhin zur Verfügung: über erhöhte Landesbasisfallwerte und spezielle Entgelte für Patienten mit einem besonders hohen Pflegebedarf. Insgesamt wuchs die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst im Programmzeitraum laut amtlicher Statistik nur um 9.200. Offensichtlich wurde in den Krankenhäusern, die keine Fördermittel in Anspruch nahmen, Personal abgebaut.

Hochpreis-Länder profitieren

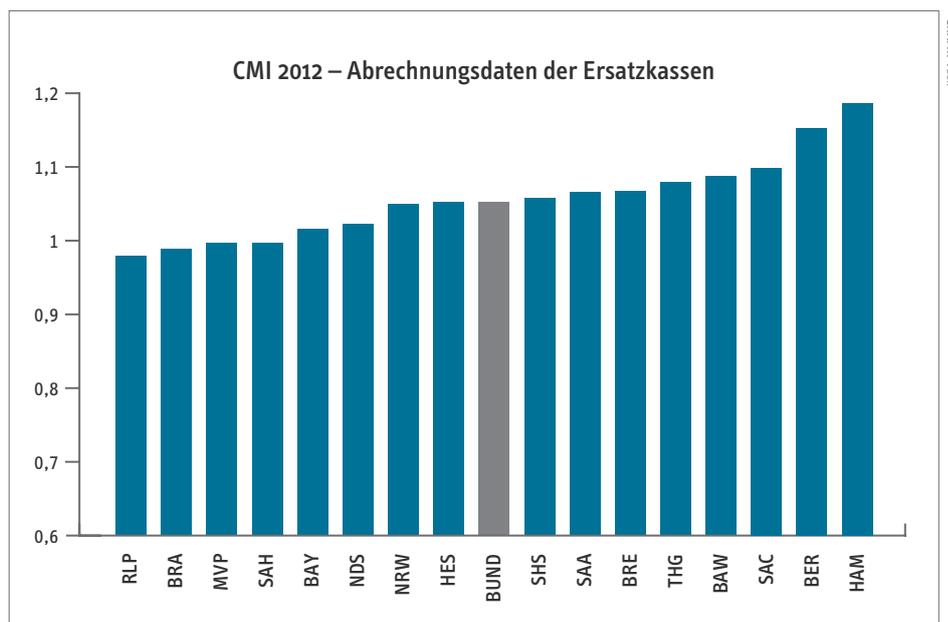
Rheinland-Pfalz ist auf Preisebene der Gewinner bei den vom Bund beschlossenen Zuschüssen für die Krankenhäuser. Grund ist der hohe Landesbasisfallwert. Doch das hat nicht nur positive Auswirkungen.

Der von der Bundesregierung beschlossene „Versorgungszuschlag“ für die Krankenhäuser, der die gesetzlichen Krankenkassen 2013 und 2014 bundesweit geschätzte 615 Millionen Euro kosten wird, kommt den rheinland-pfälzischen Kliniken in besonderer Weise zu Gute. Denn der Anfang Juli verabschiedete Zuschlag wurde als prozentualer Aufschlag auf die DRG-Fallpauschalen ausgestaltet. Und da die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz den höchsten Landesbasisfallwert bundesweit abrechnen können, erhalten sie auch absolut gesehen den höchsten Versorgungszuschlag auf die Rechnungsbeträge.

Gewinne und Verluste

Von jeder prozentualen Erhöhung der Landesbasisfallwerte, sei es der Veränderungswert oder eine Tarifierhöhungsrage, profitieren die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich preislich am meisten.

Bevorzugt werden die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz aber auch durch eine weitere Regelung: Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte sollen grundsätzlich schrittweise aneinander angeglichen werden. So sollen hohe Landesbasisfallwerte über einen Konvergenzabschlag abgesenkt und niedrige Landesbasisfallwert über einen Konvergenzzuschlag erhöht werden. Der Konvergenzabschlag ist jedoch auf 0,3 Prozent pro Jahr begrenzt, die sogenannte Kappung. Diese besondere Ausnahmeregelung, die außer in Rheinland-Pfalz bislang nur noch im Saarland zur Anwendung kam, kostet die Kassen in den Jahren 2011 bis 2013 rund 90 Millionen Euro – die nur



QUANTITÄT STATT QUALITÄT? Bei der durchschnittlichen Fallschwere, gemessen im Case-Mix-Index (CMI), bleibt Rheinland-Pfalz hinter dem Bundesdurchschnitt zurück.

den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz zu Gute kommen.

Ob diese Regelungen für die Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz in den letzten Jahren aber wirklich in toto gut waren, ist eine andere Frage.

Selbst die für den Landesbasisfallwert zuständige Schiedsstelle hat festgestellt, dass es in den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz noch Wirtschaftlichkeitsreserven gibt.

Quantität statt Qualität?

Der hohe Landesbasisfallwert, der jedes Jahr höher wird, setzt zudem einen zusätzlichen Anreiz, mit den Leistungen in die Menge zu gehen. Gleichzeitig ist der Case-Mix-Index, der die durchschnittliche Fallschwere der Behandlungen beschreibt, in Rheinland-Pfalz besonders niedrig und

auch in der Tendenz nicht steigend. Hochwertige Leistungen, wie beispielsweise Transplantationen, werden vielfach in benachbarten Bundesländern erbracht.

»Der »Versorgungszuschlag« kostet die Kassen geschätzte 615 Millionen Euro«

Medizinisch wird der Krankenhausstandort Rheinland-Pfalz damit nicht attraktiver.

Die Landespolitik hat sich – nachvollziehbarerweise – erfreut darüber gezeigt, dass der Bundesgesetzgeber dafür sorgt, dass die Kassen den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern pro Fall mehr Geld zur Verfügung stellen. Der Druck zu einer höheren Investitionsfinanzierung wird allerdings hierdurch reduziert. ■

Bessere Pflege durch neue Aufgabenverteilung

Das Landesprojekt „Stärkung der Pflege im Krankenhaus“ erprobt modellhaft Konzepte, um unter anderem dem Fachkräftemangel zu begegnen. Wir sprachen über die ersten Ergebnisse mit dem Projektleiter am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier, Sascha Krames.

vdek Welche Ziele standen im Vordergrund des Modellprojektes?

Sascha Krames Es ging darum, durch eine prozessorientierte Aufgabenverteilung eine funktionsorientierte bzw. berufsgruppenbezogene Verteilung von Aufgaben abzulösen. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier wurden zwei Schwerpunktthemen bearbeitet: Im Modellprojekt der Aufgabenneuverteilung stand die Neuverteilung der Aufgaben zwischen ärztlichem, pflegerischem und pflegeunterstützendem Personal im Vordergrund. Im Modellprojekt zur Bezugspflege- und Bezugsarztorganisation wurde die Etablierung kontinuierlicher primärer Ansprechpartner zur Versorgung angestrebt.

vdek Wurden diese Ziele in Ihrem Haus erreicht?

SK Im Rahmen des Projektes Aufgabenneuverteilung wurden zum einen sogenannte Poolaufgaben definiert, die sowohl von ärztlichem als auch pflegerischem Personal durchgeführt werden können. Zum anderen wurden Poolaufgaben definiert, die sowohl von pflegerischem Personal als auch von pflegeunterstützendem Personal durchgeführt werden können. Die Aufgabenverlagerung wurde während der Projektlaufzeit realisiert. Die Etablierung kontinuierlicher und primärer Ansprechpartner haben wir auf einer Modellstation im pflegerischen Bereich und auf einer anderen Modellstation im ärztlichen Bereich realisiert.

vdek Welche Problemfelder gab es?

SK Während der einjährigen Konzeptionsphase pendelten die Rückmeldungen des

Personals zwischen Unsicherheit, Unvoreingenommenheit und Optimismus. Im Rahmen der Abstimmung der Aufgabenneuverteilung mit der Haftpflichtversicherung konnte schließlich ein konsensfähiges Konzept erstellt werden. Die Dauer der Umsetzungsphase von 1,5 Jahren war ambitioniert und gelang mit Einschränkungen bezüglich des Umsetzungsgrades. Die Akzeptanz von Seiten der Patienten und Angehörigen war vorhanden.

vdek Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen?

SK Sofern es mit den bestehenden Rahmenbedingungen gelingt, die Mitarbeiter aktiv in den Veränderungsprozess einzubinden und zu motivieren, besteht die Möglichkeit, positive Effekte für einzelne Mitarbeiter und Patienten zu erreichen. Die ersten Erkenntnisse reichen dabei schon aus, um eine Übertragung der Veränderungsmaßnahmen in andere Stationen des Krankenhauses vorzusehen.

vdek Konnten die von Ihnen vermuteten Poolkompetenzen und -aufgaben tatsächlich identifiziert und neu verteilt werden?

SK Ein klares „Ja“. Die intravenöse Medikamentenapplikation nach Positivliste ist ein Beispiel hierfür. Diese umfasst unter anderem auch die Verabreichung der Zweitgaben einiger Zytostatika. Durch eine Ausweitung der Dienstzeiten des pflegeunterstützenden Personals konnten Poolaufgaben zwischen dem examinierten Pflegepersonal und unterstützendem Personal zusätzlich zu den Kernzeiten an Wochentagen auf Randzeiten in der Woche und



SASCHA KRAMES, Projektleiter am Trierer Brüderrkrankenhause

Kernzeiten an Wochenenden ausgeweitet werden. Die notwendigen Kompetenzen wurden in hausinternen Schulungen erworben, die auf externen Empfehlungen basierten.

vdek Ist eine Weiterführung des Projektes geplant, bzw. ist eine Umsetzung im gesamten Krankenhaus vorstellbar?

SK Die in dem Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse zur Bezugspflege sind in das Betriebskonzept einer am 1. März 2013 neueröffneten Bettenstation eingeflossen. Diese Station mit 55 Betten ist nach dem Pflegesystem der Bezugspflege organisiert. Eine weitere Station ist in der Vorbereitungsphase und wird vermutlich noch in diesem Jahr auf Bezugspflege umstellen.

In anderen Bereichen sollen Projekte zur Aufgabenneuverteilung etabliert werden. Die Umsetzung von Poolaufgaben, inkl. der notwendigen Begleitdokumente, wird von einigen Mitarbeitern bereits als immaterieller Anreiz bezeichnet und ist Bestandteil von Strategieworkshops zur zukünftigen Ausrichtung und Entwicklung.

Eine Umsetzung auf das gesamte Krankenhaus wird im Rahmen unseres strategischen Programms zur Weiterentwicklung der Pflege („Pflege 2015“) angestrebt. ■

Besonderes Engagement von Betroffenen für Betroffene

Unter dem Motto „Der Selbsthilfe eine Bühne bieten“ ist der „Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ zum fünften Mal verliehen worden – vor großem Publikum in der Showbühne Mainz.

Auch Sozialminister Alexander Schweitzer gratulierte bei der festlichen Verleihungsfeier den beiden ausgezeichneten Selbsthilfegruppen, die sich diesmal den mit 2.500 Euro dotierten Preis teilten: Die Frauenselbsthilfe nach Krebs aus Kusel und der Elternkreis behinderter Kinder Wittlich hatten die Jury aus Vertretern des rheinland-pfälzischen Gesundheitswesens unter den 24 Bewerbern am meisten beeindruckt. Sonderpreise gab es zudem für Hans-Peter Wohn (Mainz-Wiesbaden) für sein „Lebenswerk“ im Bereich Organspende und Transplantation sowie für den „Newcomer“, Suchtselbsthilfe Katzenelnbogen.

„Die Vielfalt, Kreativität und Qualität der Selbsthilfearbeit sind bemerkenswert“, erklärte Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung. „Die Preisträger sind herausragende Beispiele für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe, die die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung unterstützt und ergänzt und so seit vielen Jahren zu einem verlässlichen Partner im Gesundheitswesen geworden ist.“

Der Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis, den die Ersatzkassen in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung (LAG KISS) alle zwei Jahre vergeben, würdigt das Engagement meist selbst unter einer Krankheit leidender Menschen in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Gefördert werden auch Neuerungen, Initiativen oder originelle Ideen für ehrenamtliches Engagement. In Rheinland-Pfalz sind mehr als 3.500 Selbsthilfegruppen mit weit über 100.000 Mitgliedern aktiv.



PREISVERLEIHUNG (V.L.): Martin Schneider (Leiter der vdek-Landesvertretung), Carsten Müller-Meine (LAG KISS) mit Rico und Maria Klein (Elternkreis behinderter Kinder), Elke Drumm-Schiemann, Rita Simon und Edith Reuscher (alle Frauenselbsthilfe nach Krebs, Kusel) und Sozialminister Alexander Schweitzer.

Der Elternkreis behinderter Kinder Wittlich wurde vor 25 Jahren von drei Familien als erste Betroffenenengruppe in der Region gegründet. Sie zählt heute 320 Mitglieder im weiten Umkreis. Gründerin Maria Klein gilt hier als erste Ansprechpartnerin für betroffene Familien, die durch Pflege bzw. Förderung eines behinderten Kindes sowie finanzielle und soziale Probleme belastet sind. Die Gruppe hilft mit Information und Aufklärung und unterstützt die Familien durch verschiedene Aktivitäten (www.ebk-wittlich.de).

Bei der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Ortsgruppe Kusel, wirbt Gruppengründerin Elke Drumm-Schiemann seit sieben Jahren beharrlich um Mitstreiterinnen, um von Krebserkrankungen Betroffenen eine Stimme und Anlaufstelle in der Westpfalz zu geben. Besondere Beachtung findet die

Aktion Lucia – Licht gegen Brustkrebs, bei der symbolisch Kerzen daran erinnern, wie viele Frauen täglich an Brustkrebs sterben (www.frauenselbsthilfe.de/kusel.html).

Hans-Peter Wohn erhielt vor rund 20 Jahren selbst eine Lebertransplantation und wurde 1996/97 in der Selbsthilfearbeit aktiv. Er setzt sich intensiv für die Organspendeförderung ein, unter anderem für die rheinland-pfälzische Initiative Organspende (www.hanspeterwohn.de).

Die Suchtselbsthilfe Katzenelnbogen schließt mit ihrem wichtigen Angebot zur Unterstützung von Suchtkranken und ihren Angehörigen nicht nur eine Lücke im ländlichen Rhein-Lahn-Kreis. Die 2011 gegründete Selbsthilfegruppe vernetzt sich auch vorbildlich mit anderen Angeboten der Familien- und Jugendarbeit (www.suchtselbsthilfe-katzenelnbogen.de). ■

AMBULANTE VERSORGUNG

Immer Ärger um die IGeL

FOTO Eisenhans - Fotolia.com



Individuelle Gesundheitsleistungen (abgekürzt IGeL), also medizinisch Angebote, die der Patient in der Regel aus eigener Tasche bezahlen muss, da sie nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen stehen, spielen im alltäglichen Arzt-Patientenverhältnis eine große Rolle. Das zeigt auch die aktuelle Auswertung des Internet-Informationportals www.vdek-arztlotse.de, wo Patienten nach Arztpraxen suchen und auch Bewertungen abgeben können. Von 158.348 persönlichen Hinweisen, die Nutzer bis März 2013 im Freitextfeld eingegeben hatten, befassen sich immerhin 9,5 Prozent (15.012) mit dem Thema IGeL. Wobei zu meist moniert wird, dass zu viel und zu offensiv für IGeL-Angebote geworben wird. Auf der anderen Seite vermerken es die Patienten ausdrücklich positiv, wenn dies unterbleibt (z.B. „kein IGeL-Häscher“ oder „überlässt uns die IGeL-Entscheidung“). Informationen zu Individuellen Gesundheitsleistungen und eine Bewertung ihres möglichen Nutzens aber auch Schadens bietet der IGeL-Monitor (www.igel-monitor.de) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) an. Für das nichtkommerzielle Informationsportal werten Experten seit eineinhalb Jahren Studien zu den angebotenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus. Für Unterwegs gibt es seit April 2013 auch eine kostenlose IGeL-Monitor-App.

DREI FRAGEN AN SABINE STRÜDER

„IGeL-Leistungen sind niemals dringend! Zwischen Beratung und Behandlung brauchen Patienten ausreichend Bedenkzeit.“

vdek Frau Strüder, welche Rückmeldungen bekommen Sie bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)?

Sabine Strüder Bei den IGeLn sollte die Initiative eigentlich vom Patienten ausgehen. Tatsache ist aber, dass die Leistungen in den meisten Fällen vom Arzt oder gar von seinem Personal den Patienten angeboten werden. Dabei klären sie die Patienten häufig nicht in der vorgeschriebenen Weise auf, setzen sie massiver Werbung aus und wickeln das Geschäft in manchen Fällen nicht einmal mit einem Vertrag oder einer Rechnung ab. Auch die Aufklärung der Patienten über Nutzen und Risiken der angebotenen Leistungen lässt in vielen Fällen sehr zu wünschen übrig. Das sind unsere Erfahrungen aus der Beratung und anhand einer bundesweiten Online-Umfrage der Verbraucherzentralen von April bis Juni 2012, an der sich mehr als 1.700 Verbraucherinnen und Verbraucher beteiligten.

vdek Haben Sie den Eindruck, dass das Thema in der Praxis an Bedeutung/Problematik gewinnt?

Sabine Strüder Mit Individuellen Gesundheitsleistungen setzen Arztpraxen in Deutschland jährlich mindestens 1,5 Milliarden Euro um. Es gibt umfassende Literatur und spezielle Marketing-Seminare, wie die IGeL am besten an den Mann oder die Frau gebracht werden können und die Zahl von 400 verschiedenen Leistungen, die inzwischen als IGeL angeboten werden, spricht für sich. Damit gewinnen IGeL zunehmend an Bedeutung und letztendlich ist dies auch Zeit, die der Arzt nicht für die tatsächlich notwendige

medizinische Behandlung der Patienten zur Verfügung steht, sondern in erster Linie zur Aufbesserung seiner Einnahmen.

vdek Wie sieht für Sie ein fairer Umgang mit dem Patienten beim Angebot von zusätzlichen Selbstzahlerleistungen aus?

Sabine Strüder Der Arzt sollte ausführlich über Nutzen, Wirksamkeit und die Risiken der Behandlung aufklären. Vor einer Behandlung müssen Ärzte sämtliche Leistungen in einem Kostenvoranschlag aufschlüsseln, damit Patienten sehen können, was sie erwartet. Dabei wird meist wie bei Privatpatienten der 2,3-fache Satz der Allgemeinen Gebührenordnung (GOÄ) berechnet. Ist der Gebührensatz höher, muss der Faktor verständlich und nachvollziehbar begründet werden. Vor einer Behandlung müssen Arzt und Patient einen schriftlichen Vertrag abschließen, in dem alle Einzelleistungen und Kosten aufzulisten sind. Nach Abschluss der Behandlung muss eine entsprechende Rechnung erstellt werden. Eine Berechnung von Pauschal- oder Erfolgshonoraren ist unzulässig. Wichtig: Zwischen Beratung und Behandlung haben Ärzte ihren Patienten eine ausreichende Bedenkzeit einzuräumen. Dieser Spielraum ist wichtig, um weitere Informationen – zum Beispiel bei der Krankenkasse – zur vorgeschlagenen Therapie einzuholen.

SABINE STRÜDER
Referentin für
Gesundheit bei der
Verbraucherzentrale
Rheinland-Pfalz



FOTO privat

Neue Doppelspitze

Mit der Wahl zweier neuer alternierender Vorsitzender hat der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Rheinland-Pfalz Konsequenzen aus dem seit Wochen schwelenden Streit innerhalb der Gremien des MDK gezogen. Ingo Becker (AOK Rheinland-Pfalz und Saarland) und Martin Schneider (Verband der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz) lösen als Doppelspitze die langjährigen alternierenden Vorsitzenden Lutz Staedtler (AOK) und Günter Krüchten (vdek) für den Rest der laufenden Legislaturperiode, die Ende 2013 endet, ab.

VDEK-ZUKUNFTSPREIS 2013

Gesucht: Projekte für Gesundheit und Pflege der Zukunft

Die Ersatzkassen loben auch 2013 wieder bundesweit den vdek-Zukunftspreis aus, der mit insgesamt 20.000 Euro dotiert ist. Initiativen und Einzelpersonen sind aufgerufen, bis zum 15. September 2013 zukunftsweisende Versorgungsideen und –konzepte für „Generationenübergreifende Projekte im Bereich Gesundheit und Pflege“ einzureichen.

Gesucht werden generationenübergreifende Projekte aus der medizinischen Versorgung, der Pflege, neue Wohn- und Betreuungskonzepte, Präventionsangebote sowie Initiativen zur Begegnung der Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft im Alltag, bei denen junge und alte Menschen gemeinsam voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen.

Weitere Informationen, Teilnahmebedingungen und Meldebogen gibt es im Internet unter www.vdek.com.

Preise für Zahnersatz steigen um fünf Prozent

Für gesetzlich Krankenversicherte steigen die Kosten für Zahnersatz im zweiten Halbjahr 2013 um 5 Prozent. Das Schiedsamt hat Anfang Juli entschieden, dass ab 1. August bis 31. Dezember 2013 die Ende 2012 geltenden Preise für Zahnersatz (nach § 57 Absatz 2 SGB V) um 5 Prozent angehoben werden. Für die Krankenkassen bleibt es bei den bisherigen Festbetragszuschüssen. Als positiv bewerten es die Ersatzkassen, dass für die Verhandlungen im Jahr 2014 wiederum die gültigen Preise zum Stichtag 31. Dezember 2012 als Ausgangspunkt festgelegt wurden. Hinzu kommt die Grundlohnsummenentwicklung 2013 in Höhe von 2,03 Prozent. Bei den in der Regel ganz von den Kassen übernommenen Leistungen werden die Ende 2012 gültigen Preise für die Leistungsgruppe 4 (Schienen) um 2,03 Prozent und für die Gruppe 7 (Kieferorthopädie) um 1,015 Prozent angehoben.

Erster Vorsitzender

Der ehemalige Staatssekretär Christoph Habermann (Bonn) ist neuer Vorsitzender des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und zugleich erster Vorsitzender des neugeschaffenen Erweiterten Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, sein Stellvertreter heißt Prof. Dr. Werner Frensenius (Wiesbaden). Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie hat die unparteiischen Mitglieder rückwirkend zum 1. Januar 2013 berufen.

Ersatzkassen-Urgestein



JUBILAR Reimund Neuhäuser mit Gratulantin Christiane Berg.

Zum 40-jährigen Dienstjubiläum gratuliert die vdek-Landesvertretung Reimund Neuhäuser. Der Referatsleiter für den Bereich Pflege und sonstige Verträge ist ein Mann der ersten Stunde der vdek-Landesvertretung. Ab 1.7.1990 war er für den damaligen Verband der Angestellten Krankenkassen in Rheinland-Pfalz (VdAK) aktiv – zunächst abgeordnet von der DAK bei der er seit 1.7.1973 beschäftigt war. Seither kümmert sich der gebürtige Mainzer um das Rettungswesen sowie Heil- und Hilfsmittel, wenig später kam die Pflege hinzu. „Reimund Neuhäuser personifiziert einen Riesen-Erfahrungsschatz, von dem wir alle profitieren“, so Christiane Berg, stellvertretende Leiterin der vdek-Landesvertretung.

Herausgeber

Landesvertretung
Rheinland-Pfalz des vdek,
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22,
55130 Mainz
Telefon 0 61 31 / 9 82 55-0
Telefax 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail LV-rheinland-pfalz@vdek.com
Redaktion Sigrid Hansen
Verantwortlich Martin Schneider
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4037