

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW Qualitätssicherung in Kliniken | **KOMMENTAR** Neues Pflegegesetz mit Fallstricken
ZUKUNFT Großer Umbruch bei Bezahlung in Psychiatrie

HAMBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN · FEBRUAR/MÄRZ 2013

VERSORGUNG

Bedarfsplanung: Genauer Blick auf die Versorgung



FOTO: RioPatuca Images - Fotolia.com

IM FOKUS: Versorgung in und mit Arztpraxen

Nie zuvor gab es in Deutschland mehr niedergelassene Ärzte als heute – sie sind nur regional schlecht verteilt. Überversorgung abbauen und Unterversorgung mildern will daher die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie, die im Januar in Kraft trat. Künftig gilt: Je spezialisierter die Arztgruppe, desto größer der Bereich, in dem geplant wird. Folglich kann die Verteilung der Hausärzte künftig kleinräumiger beurteilt und die der Spezialisten, zum Beispiel der Radiologen und Anästhesisten, großräumiger betrachtet werden. Für Hamburg bewertet der zuständige „Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ in den kommenden Monaten die erweiterten regionalen Spielräume und entscheidet, ob die Planung neu strukturiert werden soll. Derzeit gibt es in der Hansestadt keine freien Arztstühle, denn sie ist bei allen Arztgruppen überversorgt.

NEUES PFLEGE-GESETZ

Gut gemeint, schlecht gelöst

Mehr Zuwendung und weniger Hetze – das sollte eine Änderung im neuen Pflegegesetz für Pflegebedürftige bringen, die zu Hause versorgt werden. Sie sollen genau die Zeit abrechnen, die sie benötigen. Herausgekommen ist aber eine Regelung, die niemanden richtig glücklich macht.

Waschen, ankleiden und kämmen im Akkord – da bleibt die Menschenwürde auf der Strecke, so klagten bislang viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über den hohen Zeitdruck bei ambulanten Pflegediensten. Eine Neuerung im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) soll nun nach dem Willen der Bundesregierung bei der häuslichen Pflege die entscheidende Wende bringen. Das Gesetz sieht vor, dass ein Pflegebedürftiger ab Anfang 2013 frei wählen kann, ob er nach Leistungskomplexen wie bisher abrechnen möchte oder – und das ist neu – rein nach dem Zeitaufwand. „Das „starre Minutenkorsett“ solle gelockert werden, hatte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr immer wieder betont.

Was auf den ersten Blick vernünftig klingt, ist nach Meinung der Ersatzkassen jedoch ein Rückschritt. Die Neuregelung ist dazu geeignet, die häusliche Pflege dauerhaft teurer zu machen, Einsparungen an der falschen Stelle auszulösen und diejenigen Pflegedienste zu benachteiligen, die ihre Leistungen und ihr Personal anständig bezahlen.

Schwierige Entscheidung für Pflegebedürftige

So sah die Praxis aus, bevor das neue Gesetz in Kraft trat: Der Pflegebedürftige wählte eine Pauschale, den sogenannten Leistungskomplex, zum Beispiel „die große Abendtoilette“. Deren Inhalte wie beispielsweise An- und Auskleiden, Baden oder Duschen, Mund- und Zahnpflege und Kämmen waren fest definiert, die Zeitdauer dagegen nicht. Der Leistungskomplex wird mit einer Punktzahl bewertet und die vereinbarte Preiskomponente ist der Punktwert. Bei dem einen Pflegebedürftigen dauerte die Leistung länger, weil er schon gebrechlicher war, bei dem anderen, dem es gesundheitlich noch etwas besser ging, war der Pflegedienst schneller fertig. Beide Pflegebedürftigen zahlten jedoch genau das Gleiche. Im Durchschnitt passte diese Art der Vergütung auch für den Pflegedienst, es war eine typische Mischkalkulation mit der Möglichkeit einer Querfinanzierung.

Bei der Zeitabrechnung dagegen wird nur die tatsächlich gebrauchte Zeit abgerechnet. Die Pflegedienste müssen nun ab



Der Teufel steckt im Detail

Foto: vdek



von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hamburg

Die Sonntagsreden wurden geschwungen, nun kehrt der Alltag ein – und der erweist sich als beschwerlich: Das neue Pflege-Gesetz offenbart noch mehr Schwächen als befürchtet. Dass kein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und keine Demographiefestigkeit erreicht wurde, sind die großen Baustellen. Aber auch die zunächst als nicht so gravierend eingeschätzten Schwachpunkte haben ihre Tücken – etwa die Kalkulation der neuen Stundenvergütung. Selbst wenn Pflegebedürftige durch ihren Pflegedienst gut beraten werden, bleiben viele Fragen offen. Was ist, wenn ich eine halbe Stunde Pflege bestellt habe und es reicht nicht? Und wie geht man damit um, dass viele Pflegebedürftige nicht nur gute Tage haben, sondern auch schlechte, an denen alles viel länger dauert? Viel Diskussionsbedarf gibt es auch bei den Verhandlungen der Pflegeverbände mit den Pflegekassen, da die Stundenvergütung eine völlig neue Berechnungsbasis notwendig macht. Man muss kein Prophet sein, um vorauszusehen, dass von dieser Reform am Ende wenig übrigbleiben wird. Sie ist zwar ein erster Schritt zur Verbesserung der Situation Demenzkranker, aber es wären wesentlich mehr Schritte notwendig gewesen, um die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auch in Hamburg grundlegend zu verbessern.



Jahresanfang alle ihre Kunden über die neue Wahlmöglichkeit informieren, insbesondere „wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt“, so heißt es im Gesetz.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind in der Regel gut informiert und handeln rational. Sie versuchen einzuschätzen, wie lange eine Pflegeleistung in den eigenen vier Wänden an guten wie an schlechten Tagen benötigt. Sie kalkulieren deshalb, dass unter dem Strich ein Plus herauskommt, wenn sich ein Pflegebedürftiger für die Stundenvergütung entscheidet, bei dem bisher rund 15 Minuten für eine definierte Leistung genügen, die im Durchschnitt aller Leistungsempfänger jedoch rund 20 Minuten dauerte. Brauchte der Pflegedienst aber bei einem Pflegebedürftigen bislang meist mehr als 25 Minuten – wird es mit der Zeitabrechnung also teurer als mit dem Leistungskomplex –, werden sich der Bedürftige und seine Familie bestimmt nicht für einen Wechsel zur Zeitabrechnung aussprechen.

Gegensätzliche Systeme sorgen für Verdruss

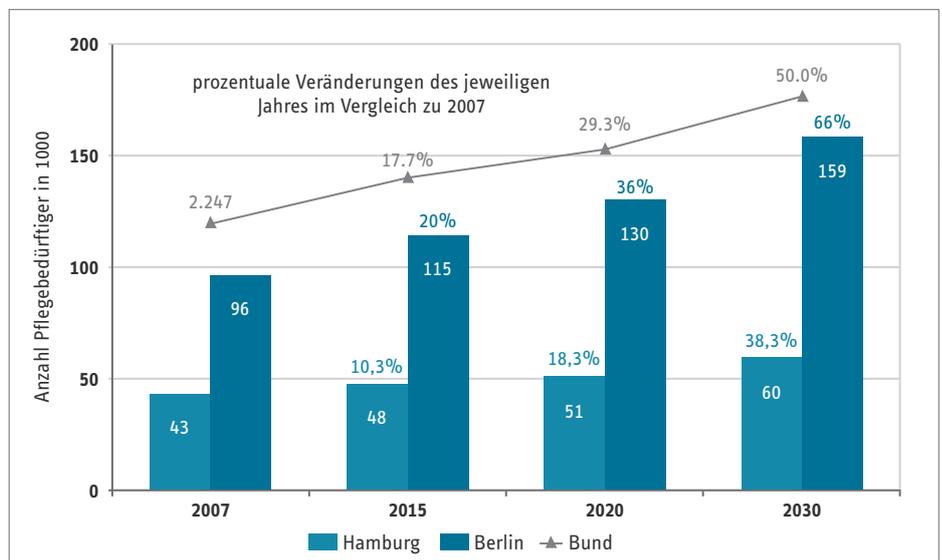
Die beiden Systeme ergänzen sich folglich nicht. Im Gegenteil: Sie sind gegensätzlich – das macht die derzeitigen Verhandlungen zwischen Pflegekassen und

Pflegeverbänden so schwierig. Denn die Mischkalkulation bei der Pauschale ist jetzt hinfällig, da die „schnelleren“ Pflegen nun nach Zeit abgerechnet werden – die Möglichkeit der Querfinanzierung ist damit passé. Bei der Preisgestaltung wäre beispielsweise die Stundenvergütung für 15 Minuten preislich wie ein Leistungskomplex anzusetzen, der heute durchschnittlich 20 Minuten dauert. Die Pflegevergütung würde also um ein Drittel teurer werden.

Wäre es vielleicht rational richtiger, die Punktzahlen der Pauschalen zu erhöhen, da diese tendenziell von den schwereren Pflegebedürftigen gewählt werden? Für sich genommen wäre auch dies eine massive Preissteigerung.

Dazu kommt, dass Auswüchse verschiedener Art begünstigt werden: Zum Beispiel könnten Pflegedienste, die nicht nach Tarif bezahlen, bei der Zeitabrechnung versuchen, Dumpingpreise anbieten. Angehörige, denen es nicht primär um das Wohl des Pflegebedürftigen geht, sondern die hauptsächlich um ihr Geld besorgt sind, würden möglicherweise verleitet, Pflegezeiten zu streichen und damit die Lebensqualität des Pflegebedürftigen zu gefährden.

Am Ende der Verhandlungen wird klar werden, ob der Gesetzgeber den Pflegebedürftigen mit der postulierten Verbraucherfreundlichkeit nicht einen Bärenienst erwiesen hat. ■



ENTWICKLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN 2007 BIS 2030 (Prognoseberechnungen ab 2015)

QUELLE: Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausteilehandlung und Pflegebedürftigen im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, 2008

INTERVIEW

Qualität messbar machen

Keimbefall bei Frühchen oder misslungene Bandscheiben-OPs lenken den öffentlichen Blick immer wieder darauf, wie wichtig Qualitätssicherung ist. Stefanie Kreiss sprach darüber mit Ralf Hohnhold, Landesgeschäftsstellenleiter Externe Qualitätssicherung (EQS).

vdek Wenn die Qualitätsdaten eines Krankenhauses auffällig sind, etwa ungewöhnlich viele Komplikationen bei Narkosen auftreten, wie gehen Sie dann vor?

Ralf Hohnhold Dann startet das Kernstück der externen Qualitätssicherung, der sogenannte Strukturierte Dialog. Wir schreiben bei rechnerischen Auffälligkeiten die Krankenhäuser an und bitten um eine Stellungnahme. Diese wird dann anonymisiert dem zuständigen Fachgremium vorgelegt, in dem neben Ärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch Patientenvertreter sitzen. Das Gremium untersucht, ob ein Dokumentationsfehler vorlag. Wenn es um eine Komplikation geht, wird analysiert, ob diese vermeidbar war. Je nach Ergebnis gibt es dann verschiedene Eskalationsstufen. So kann zum Beispiel,

nach wiederholter Auffälligkeit, der Leiter einer Fachabteilung in das Gremium einbestellt werden, um die vermuteten Qualitätsmängel zu diskutieren. Dieser Vorgang wird in der Regel von den Abteilungsleitern als äußerst unangenehm empfunden. Als letzte Stufe ist eine Begehung in der entsprechenden Klinik vorgesehen. Dazu kam es aber in Hamburg in den vergangenen fünf Jahren nur in einem Fall.

vdek Wenn ein Patient nach einer OP die Klinik verlässt, erfasst derzeit niemand, ob im Nachgang noch Probleme auftreten und er deshalb eine Praxis aufsuchen muss. Dieser Missstand soll künftig durch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QeSü) behoben werden – ihre Umsetzung ist methodisches Neuland und offenbar schwieriger als erwartet. Wie beurteilen Sie den Stand der Dinge?

RH Das Vorhaben an sich ist gut, das gesamte Behandlungsgeschehen – sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen – zu betrachten. Hamburg beteiligt sich an einem Testverfahren, um die neue Methode an einem bestimmten medizinischen Verfahren zu erproben. Das AQUA-Institut in Göttingen, das das Projekt entwickelt, hat jedoch vor einiger Zeit technische Probleme bei der Umsetzung der QeSü insgesamt identifiziert, die noch zu klären sind.

vdek Bei welchen Behandlungen steht denn Hamburg im Bundesvergleich gut da? Und wo gibt es noch Verbesserungspotenzial?

RH Bei der Qualitätssicherung in der Schlaganfall-Behandlung zeigen die Hamburger Ärzte in unseren Fachgremien ein extrem hohes Engagement. In den Krankenhäusern



RALF HOHNHOLD, Landesgeschäftsstellenleiter
Externe Qualitätssicherung

mit speziellen Stroke Units werden die Patienten exzellent versorgt. Bundesweit Spitze sind wir in der Hansestadt auch bei der Karotis-Rekonstruktion, einer Schlagader-Operation. Da gibt es seit Jahren so gut wie keine Auffälligkeiten. Am Ball bleiben sollten wir aber bei ambulant erworbenen Pneumonien, also Lungenentzündungen. Hier erreichen einige Indikatoren noch nicht den Referenzbereich. Alle anderen Leistungsbereiche sind aber auf einem sehr guten Weg.

vdek Die aktuellsten Qualitätsdaten, die veröffentlicht wurden, sind die Daten von 2011. Immer wieder sind es aber akute Fälle von Behandlungsfehlern oder Hygienemängeln, die die Menschen bewegen. Der Wunsch nach größerer Aktualität wird deshalb lauter.

RH Das ist sicher ein großes Manko des jetzigen Systems, dass es nicht zeitnäher sein kann. Für Patienten wären aktuellere Daten oft hilfreicher. Aber die Entwicklung eines Qualitätsindikators braucht seine Zeit. Es muss sichergestellt sein, dass er genau das misst, was er messen soll, damit die genaue Behandlungsqualität erfasst wird. Es wäre fatal, zum Beispiel Schnellindikatoren zu entwickeln, die dann schon im nächsten Jahr nicht mehr brauchbar wären. ■

INFORMATION

Die Externe Qualitätssicherung Hamburg (EQS) ist eine Arbeitsgemeinschaft der Kassenverbände und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft; die Ärztekammer und der Medizinische Dienst sind einbezogen. 2013 hat der vdek den Vorsitz inne. Für jeden Krankenhausfall in Hamburg zahlen die Krankenkassen derzeit knapp einen Euro für die Qualitätssicherungsverfahren. Bei auffälligen Daten werden Gespräche mit Krankenhäusern geführt (Strukturierter Dialog). Im Jahr 2012 gab es über 340 solcher Gespräche über eventuelle Behandlungsmängel bei insgesamt 448 000 Krankenhausfällen in der Hansestadt.

Gespendete Zeit für den guten Zweck

Unter dem Motto „100 Stunden für 100 Jahre“ hat die Landesvertretung eine Wohltätigkeitsaktion anlässlich des 100. Geburtstags des Verbands ins Leben gerufen.



FOTO Manfred Wigger

AKTION vdek-Mitarbeiterin Ramona Radszuweit (v.) spendete Zeit im Katholischen Marienkrankenhaus

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesvertretung und der Mitgliedskassen in der Hansestadt sowie Mitglieder der vdek-Mitgliederversammlung spendeten Zeit. Sie lasen beispielsweise kleinen Krankenhauspatienten Kinderbuch-Klassiker vor, spielten Gesellschaftsspiele mit Patienten auf geriatrischen Stationen, sangen mit Demenzkranken, unterstützten das Team eines Rettungswagens, halfen bei der Essensausgabe für Hospizbewohner und begleiteten Gäste einer Tagespflege-Einrichtung bei einem Ausflug. Rund 20 Einrichtungen in der Hansestadt – darunter große Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Hospize und Rettungsdienste der verschiedensten Träger – beteiligten sich an der Wohltätigkeitsaktion. „Wir wollten mit der Zeitspende Versicherten zur Seite stehen, die krank oder pflegebedürftig sind“, sagte Kathrin Herbst,

Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg. „Gleichzeitig bedanken wir uns bei unseren Vertragspartnern für jahrzehntelange Partnerschaft in der Gesundheitsversorgung.“ Insgesamt 107 Zeitstunden kamen bei der Wohltätigkeitsaktion zusammen, die bei den Beteiligten auf positive Resonanz stieß. „Es hat mir so viel Spaß gemacht, so dass ich mich über einen weiteren ehrenamtlichen Einsatz informiert habe“, „spannender Einsatz mit bereichernden Erfahrungen“ und „war wirklich eine tolle Aktion, gerne wieder“, so lauteten nur einige der Rückmeldungen, die die Landesvertretung anschließend erreichten. Hamburg ist für die Ersatzkassen ein besonderer Standort: Der vdek hatte über 30 Jahre lang seinen Sitz in der Hansestadt, zuletzt von 1945 bis 1975. Die Ersatzkassen versichern gemeinsam rund 54 Prozent aller gesetzlich Versicherten in Hamburg, der höchste Marktanteil deutschlandweit. ■

Ein Jahrhundert im Einsatz zum Wohl der Versicherten



FOTO Verena Brühning – vdek

STIMME AUS HAMBURG: „Die Ersatzkasse“

Das 100-jährige Bestehen des vdek ist ein guter Anlass, sich mit der Geschichte zu beschäftigen – insbesondere mit den Hamburger Aspekten. Die Ersatzkassen bildeten sich Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts aus freiwilligen, berufsbezogenen Zusammenschlüssen von Handwerksgesellen und Gehilfen. Sie wollten sich und ihre Familien gegenseitig bei Krankheit und Unglücken schützen. Am 20. Mai 1912 gründeten die Kassen in Eisenach ihren ersten eigenen Verband, den „Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen“ mit rund 120 000 Mitgliedern. Als „Stimme“ des Verbands etablierte sich die Zeitschrift „Die Ersatzkasse“. Sie erschien 1916 erstmals, Schriftleiter war der Hamburger Friedrich Frahm und gedruckt wurde das Blatt von der Hanseatischen Druck- und Verlagsanstalt Hamburg. Insgesamt rund 35 Jahre lang war auch der Hauptsitz des Verbands an Alster und Elbe, von 1927 bis 1932 und von 1945 bis 1975. Als der Verband für die regionalen Vertragsverhandlungen Landesvertretungen gründete, wurde in Hamburg im April 1990 die bundesweit erste Regionaldependence eröffnet. Heute sind rund 54 Prozent aller gesetzlich versicherten Hamburger bei einer Ersatzkasse versichert.

JUBILÄUMS-FEIER

„Ohne Solidarität sind wir alle arm dran“

Beindruckende Bilder in einem besonderen Rahmen: Zum 100. Geburtstag des vdek kamen zahlreiche Gäste zum Senatsempfang mit anschließender Ausstellungseröffnung ins Rathaus.

Die Ersatzkassen und ihr Verband haben bei einem Senatsempfang im Rathaus gemeinsam mit mehr als 90 Gästen aus Politik und Gesundheitswesen das 100-jährige Bestehen des vdek gefeiert. Anlässlich des Jubiläums wurde auch die Foto-Wanderausstellung „WIEDER GESUND?“ eröffnet.

Der Empfang wurde mit einem Grußwort von Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks eingeleitet. „Die funktionierenden Systeme der sozialen Sicherung haben einen wesentlichen Anteil am wirtschaftlichen Erfolg und sozialen Frieden“, sagte die Senatorin. Qualitätssicherung, die weiter an Bedeutung gewinnen werde, finde nur in der Gesetzlichen Krankenversicherung statt. Zu Hamburg hatten die Ersatzkassen nach den Worten der Gesundheitssenatorin immer eine besondere Beziehung: Zum einen haben drei der sechs Kassen traditionell dort ihren Sitz, zum anderen sind mehr als die Hälfte aller gesetzlich krankenversicherten Hamburger bei einer Ersatzkasse versichert. Bundesweite Kompetenz und regional ausgerichtete Versorgungslösungen sollten sich ergänzen. Die Ersatzkassen hätten schon bewiesen, dass das geht:

- Sie engagieren sich in besonderem Maße im Bereich der Prävention und fördern Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten. Sie sind ein wichtiger Kooperationspartner im Pakt für Prävention.
- Die Ersatzkassen entwickeln Modelle für einen schnelleren Zugang von psychisch erkrankten Menschen in geeignete Versorgungsangebote und zur Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit.



FOTO: JONAS WILK

- Sie fördern die Entwicklung innovativer und zielgenauer Angebote für alte Menschen.

Welch wichtige Rolle das Prinzip der Solidarität in unserer Gesellschaft spielt, verdeutlichte Weihbischof Dr. Hans-Jochen Jaschke in bewegender Weise in seinem Impulsvortrag. „Ohne Solidarität, ohne Freundschaft und Verantwortung füreinander sind wir alle arm dran“, sagte der Weihbischof des Erzbistums Hamburg. Solidarität bleibe die Seele für ein humanes Leben, die innere Kraft für eine gesellschaftliche Ordnung. „Der Verband der Ersatzkassen steht seit 100 Jahren für die Solidarität der Gesunden und der Kranken. Er geht mit der guten Gewissheit in neue Zeiten: Gesunde und Kranke müssen sich als untrennbare und verlässliche Begleiter erfahren. Niemand ist gesund für sich allein, kein Kranker darf allein bleiben“, betonte Jaschke. Als Vertreterin

des vdek begrüßte anschließend Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung, die Gäste. Sie betonte, die Grundidee der solidarischen Krankenversicherung solle auch heute noch dafür sorgen, dass unser Gesundheitssystem eines der besten der Welt sei. „Für die Zukunft wünsche ich mir maßvolle Strukturreformen, die die Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung in den Mittelpunkt stellen und auf gesellschaftliche Veränderungsprozesse wie etwa den demografischen Wandel reagieren“, unterstrich Kathrin Herbst. Im Anschluß an ihre Begrüßungsrede ehrte sie die in Hamburg studierenden Preisträger und Ausgezeichneten des vdek-Fotowettbewerbs. Anschließend bestand das Angebot einer Führung durch die Wanderausstellung „WIEDER GESUND?“ mit dem Kurator Manfred Wigger und der Studierenden Jana Knorr, das zahlreiche Gäste nutzten. ■

Hamburg bekommt „Landeskonzferenz Versorgung“

FOOD Volker Witt - Fotolia.com



KAMPF GEGEN KEIME: Ein mögliches Thema für die Konferenz

Das Versorgungsstrukturgesetz erlaubt den Bundesländern mehr Mitwirkung bei der Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen über ein „Gemeinsames Landesgremium“. In diesem Gremium sollen Akteure, die im ambulanten und/oder stationären Bereich Patienten versorgen, gemeinsam mit den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie mit Vertretern der Politik und der Patientenorganisationen über Strukturen an den Schnittstellen von ambulant und stationär beraten und Verbesserungen vorschlagen.

In Hamburg nennt sich dieses Gremium „Landeskonzferenz Versorgung“ und wird 18 ständige Mitglieder aus vielen Bereichen des Gesundheitswesens umfassen. Das Gremium ist im Januar sowohl vom Senat als auch vom Gesundheitsausschuss beschlossen beziehungsweise angenommen worden. Falls auch die Bürgerschaft zustimmt, wird mit einer ersten Sitzung noch vor Ende Juni gerechnet. Als mögliche Themen gelten unter anderem die Bekämpfung multiresistenter Keime, die Bedarfsplanung, die Verbesserung des Entlassungsmanagements und die Ambulantisierung von stationären Behandlungen.

Die Hamburger Landesvertretung des Verbands der Ersatzkassen begrüßt die geplante Einrichtung der Landeskonzferenz. „Es ist sinnvoll, dass alle Player an einem Tisch zusammenkommen, um über Problemlösungen zu beraten“, sagt Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung. „Hamburg hat mehr niedergelassene Ärzte und Krankenhausbetten je Einwohner als in den meisten anderen Bundesländern. Alle Vorschläge, die dazu führen, dass die Ressourcen besser genutzt werden – etwa dadurch, dass sich Kliniken und Praxen optimaler vernetzen – wären ein Fortschritt für die Patienten.“ Die Ersatzkassen bauen darauf, dass die Länder, also auch Hamburg, ihre wachsende Gestaltungskompetenz verantwortlich einsetzen werden, gerade auch mit Blick auf die finanzielle Seite von Versorgungsfragen.

Gefragt: Beratung der Pflegestützpunkte

Neun Pflegestützpunkte in Hamburg beraten seit über drei Jahren hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Einer der Stützpunkte, die auf alle sieben Bezirke verteilt sind, ist speziell für die Angehörigen pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher zuständig. Auch 2012 nahm die Nachfrage nach Beratung zu. Die Zahl der Erstkontakte stieg um fast 1000 auf über 7300. Oftmals schließt sich an den Erstkontakt eine Beratung zuhause und manchmal auch eine längere Begleitung an, um die optimale Versorgung mit Hilfe- und Pflegeangeboten zu organisieren. Die Stützpunkte werden gemeinsam von den Kranken- und Pflegekassen sowie von der Stadt Hamburg finanziell getragen.

Weitere Informationen zu dem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe finden Sie unter www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte.

Arznei- und Heilmittelvereinbarung für 2013

In konstruktiven Verhandlungen hat sich die vdek-Landesvertretung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg über die Höhe der Arznei- und Heilmittelbudgets geeinigt. Gemäß der Bundesvorgaben steigt das Arzneibudget um rund sieben Prozent; das Heilmittelbudget nimmt um fast 18 Prozent zu. Hintergrund dieser rasanten Steigerung bei den Heilmitteln ist eine neu vorgegebene Basisbildung. Während aus dem Arzneibudget wie üblich Richtgrößen zur Steuerung des Verschreibungsverhaltens der Ärzte ermittelt wurden, können bei den Heilmitteln einmalig aus statistischen Gründen keine Richtgrößen ermittelt werden. Die Prüfung der Heilmittel wird daher nach Durchschnittswerten je Facharztgruppe erfolgen.

Schiedsverfahren bei Hausarzt-Verträgen

Nach mehr als zweijähriger Verhandlungspause hat die neutrale Schiedsperson, Rechtsanwalt Werner Nicolay, das Schiedsverfahren zwischen dem Hamburger Hausärzterverband und den Ersatzkassen Barmer GEK, DAK-Gesundheit, KKH und HEK im vergangenen Herbst fortgesetzt. Das Schiedsverfahren war notwendig geworden, weil sich die Beteiligten nicht auf einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einigen konnten. Mit einem Schiedsspruch ist im Lauf des Jahres 2013 zu rechnen. Bei der HZV müssen sich die teilnehmenden Patienten verpflichten, einen Hausarzt aus einem Kreis von Ärzten auszuwählen, die mit ihrer Kasse einen Vertrag abgeschlossen haben. Fachärzte dürfen sie nur auf Überweisung dieses Arztes aufsuchen.

KRANKENHÄUSER

Neue Bezahlung in psychiatrischen Kliniken

FOTO: Techniker Krankenkasse



PSYCHISCH KRANKER PATIENT: Das neue Entgeltsystem soll Anreize setzen, Klinikbehandlungen zu verbessern

Die Vergütung bei den rund 240 Fachkrankenhäusern für psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen und den entsprechenden Abteilungen der rund 350 Allgemeinkrankenhäuser und Unikliniken in Deutschland soll transparenter und leistungsorientierter werden. Die stufenweise Einführung eines neuen Abrechnungssystems ab 2013 gilt als großer Umbruch. In Hamburg sind rund 20 Abteilungen betroffen. Bislang wurden die Häuser und Abteilungen nach Pflegesätzen bezahlt, unabhängig davon, ob ein Patient nur leicht oder schwer erkrankt war. Dadurch waren Einrichtungen mit vielen schweren Fällen nach Ansicht von Experten schlechter gestellt. Zudem enthielt das alte System Anreize, Patienten lange zu behandeln. Künftig gilt ein pauschalierendes Entgeltsystem (PEPP). Aus tagesebenen Pflegesätzen werden Tagessätze für Krankheitsgruppen. Je höher der Behandlungsbedarf einer Patientengruppe ist, desto mehr Geld bekommt die Klinik oder Abteilung für diese Patienten. Allerdings sinken die Sätze in vielen Fällen gestaffelt nach zeitlichen Abständen. Eine Einrichtung erhält also in den ersten Tagen der Behandlung einen deutlich höheren Satz als am Ende. Außerdem erhofft man sich, mit PEPP eine größere Transparenz über die Behandlungsschritte herstellen zu können. In den ersten vier Jahren wird das neue System ohne Auswirkungen auf die tatsächlichen Budgets der Kliniken nur getestet werden; bis 2015 ist die Teilnahme außerdem freiwillig. Ab 2017 folgt eine fünfjährige Übergangsphase, in der die Vergütungen schrittweise an ein landesweites Niveau angepasst werden. Derzeit ist noch nicht absehbar, wie viele Abteilungen in Hamburg sich bis 2015 freiwillig beteiligen werden. Die konkrete Anwendung wird zeigen, ob die neue Systematik die Erwartungen erfüllt. Der „schützende Rahmen“ der langen Übergangsfristen werde es ermöglichen, die PEPPs als „lernendes System“ weiter zu verbessern und anzupassen, heißt es aus dem Bundesgesundheitsministerium.

KURZ GEFASST

Neuer Landesbasisfallwert

Die Krankenhäuser in Hamburg erhalten 2013 über 74 Millionen Euro mehr für die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Das ist das Ergebnis der Einigung zwischen den Krankenkassenverbänden und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft über den Landesbasisfallwert. Damit umfasst das Budget der Kliniken rund 1,8 Milliarden Euro (ein Plus um 4,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Für die Kassen stellt der Wert die Stellschraube für den größten Ausgabeposten dar; für die Kliniken bestimmt er den mit Abstand größten Teil ihrer Erlöse.

Mehr teilstationäre Angebote für psychisch Kranke

Nach Gesprächen mit allen Hamburger Plankrankenhäusern und Antragstellern hat die Gesundheitsbehörde ihre Vorschläge für die Zwischenfortschreibung 2012 dem zuständigen Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung vorgelegt. Für die somatischen und psychiatrischen Fachgebiete insgesamt ergab sich ein Plus von 223 Betten (das entspricht einer Steigerung von zwei Prozent im Vorjahresvergleich) und ein Plus von 145 teilstationären Behandlungsplätzen. Das entspricht einer Zunahme um 14,9 Prozent. Basis für die Zwischenfortschreibung waren die Belegungsdaten des Jahres 2011. Betrachtet man die somatischen Fachgebiete separat, zeigt sich, dass sich ein Plus von 227 Betten ergibt. In der Psychiatrie wurde eine Abnahme von vier Betten verzeichnet sowie ein signifikanter Aufbau von 141 teilstationären Behandlungsplätzen. Im Ergebnis begrüßen die Krankenkassen und Kassenverbände in Hamburg das erzielte Ergebnis der Zwischenfortschreibung, da es ein Schritt in die richtige Richtung ist, um die Versorgung besonders von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch mehr teilstationäre Behandlungsangebote zu verbessern und keine weiteren Krankenhausbetten aufzubauen.

Flächendeckendes Klinisches Krebsregister in Hamburg

Noch in dieser Legislaturperiode soll das Hamburger Krebsregistergesetz um das Flächendeckende Klinische Krebsregister erweitert werden. Mit dem Register sollen die Behandlungsdaten aller Krebspatientinnen und -patienten erfasst und ausgewertet werden. Damit ist die Hoffnung verknüpft, die Qualität der Behandlung künftig besser bewerten und zielgerichteter optimieren zu können. Dies dient der Qualitätssicherung und wird deshalb überwiegend von der GKV finanziert. Jährlich erhalten fast 10 000 Hamburger die Diagnose einer bösartigen Neubildung.

BÜCHER

Mehr Menge, mehr Nutzen?

Schwerpunkt des Krankenhaus-Report 2013 ist die aktuelle Diskussion um die Zunahme von Krankheitsfällen. Namhafte Wissenschaftler wie etwa Jürgen Wasem und Max Geradts beleuchten die Einflussfaktoren Demographie und Morbiditätsentwicklung und analysieren mögliche Anreize, die sich auf die Mengen- und Leistungsentwicklung auswirken können. Der umfangreiche Report ist zu empfehlen, da er eine gute Grundlage bildet, um die weiter anhaltende Debatte um die Mengendynamik nachvollziehen zu können.



Jürgen Klauber (Hg.)
Krankenhaus-Report 2013:
Mengendynamik: Mehr Menge,
mehr Nutzen?
2012, 568 S., 54,95 Euro
Schattauer Verlag Stuttgart

Gesunde Arbeit

Gesundheit als „Nebenwirkung“ eines guten Personalmanagements nutzt dem Betrieb und den Mitarbeitern gleichermaßen. So das Credo von Autorin Cornelia Schneider, die viel praktische Erfahrung aus ihrer Arbeit als Coach für Unternehmen in das Buch einfließen lässt. Das Werk informiert über Standards in der betrieblichen Gesundheitsförderung, ohne in bürokratischen Details zu versinken. An Hand vieler Beispiele erhalten Sie Einblick in die möglichen und lohnenden Verknüpfungen von Arbeit und Gesundheit. Profitieren Sie dabei vom Erfolg, aber auch von den Fehlern anderer.



Cornelia Schneider
Gesundheitsförderung am
Arbeitsplatz, Nebenwirkung
Gesundheit
2012, 224 Seiten
€ 29,95, Verlag Hans Huber

VERANSTALTUNG

Älter werden in der Hansestadt

PHOTO: JONAS WOLKE



ANGEREGETE DISKUSSION: (v.l.) vdek-Landesvertretungsleiterin Kathrin Herbst, HPG-Geschäftsführer Jens Stappenbeck, HAW-Professorin Susanne Busch, BGV-Abteilungsleiter Marco Kellerhof und Moderatorin Vera Cordes

„Neues Pflege-Gesetz: Herausforderungen und Entwicklungen in Hamburg“ – unter diesem Motto stand der 3. Hamburger Gesundheitstreff der vdek-Landesvertretung. Auf dem Podium diskutierten Marco Kellerhof, Leiter der Pflege-Abteilung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Prof. Dr. Susanne Busch, Professorin für Gesundheitsökonomie und –management, Jens Stappenbeck, Geschäftsführer Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG) und Kathrin Herbst, Leiterin der Landesvertretung, über Fragen wie: Ist Hamburg für die Auswirkungen des demografischen Wandels gewappnet? Welche Chancen und Risiken sind mit Pflege-WGs verknüpft? Wie wird die Pflegeversicherung zukunftsfest? Einigkeit herrschte darüber, dass das neue Gesetz eine entscheidende Lücke aufweist – die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der stärker zu berücksichtigt, wie kompetent ein älterer Mensch noch seinen Alltag meistert. Zudem fordert der vdek die Finanzierung der Pflege nachhaltiger zu gestalten, denn die Beitragssatzerhöhung von 0,1 Beitragssatzpunkten schafft keine Demografiefestigkeit.

REGIERUNGSPLAN

Nein zu Notfall-sanitäter-Gesetz



PHOTO: TECHNISCHE KRANKENKLASSE

IM BLICKPUNKT: Rettungssanitäter

Die Ersatzkassen lehnen den Plan der Bundesregierung ab, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Kosten für die Ausbildung im Rettungsdienst aufzubürden. Das sieht der Entwurf zum Notfallsanitäter-Gesetz vor, mit dem die Qualifikation der Rettungsassistenten angehoben werden soll. Mehrkosten: 200 Millionen Euro sowie jährlich mindestens weitere 42 Millionen Euro. Der Entwurf wurde vom Bundesrat vorerst abgelehnt. Die Kassen kritisieren den Entwurf, weil sie den Rettungsdienst als Teil der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr sehen – und damit als öffentliche Aufgabe. Besser ausgebildete Notfallsanitäter werden zudem auch im Katastrophenschutz gebraucht, der ebenfalls nicht in die Finanzierungsverantwortung der GKV fällt.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Hamburg des vdek
Spaldingstraße 218, 20097 Hamburg
Telefon 0 40 / 41 32 98-12
Telefax 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail stefanie.kreiss@vdek.com
Redaktion Stefanie Kreiss
Verantwortlich Kathrin Herbst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-407X