

report hessen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Apr. 2010

ersatzkassen

Finanzierung der GKV **Neue Konzepte, aber bitte mit Augenmaß!**

Wenige Wochen nach Ankündigung der ersten Zusatzbeiträge durch mehrere Krankenkassen hat das Bundesgesundheitsministerium verkündet, dass die gesetzlichen Krankenkassen das Jahr 2009 mit einem Überschuss in Höhe von 1,1 Mrd. Euro abgeschlossen haben. Wie passt dies zusammen? Bei genauer Betrachtung lässt sich feststellen, dass die gemeldeten Überschüsse extrem ungleich verteilt sind. Die AOKen konnten ca. 71 % – also ca. 772 Mio. Euro – des Gesamtüberschusses realisieren. Damit stand den AOKen deutlich mehr Geld zur Verfügung, als sie zur Deckung der Behandlungskosten ihrer Versicherten ausgeben müssen. Bei der überwiegenden Zahl der anderen Kassenarten fiel der Überschuss deutlich geringer aus. Die Ersatzkassen mussten als einzige Kassenart für das Jahr 2009 sogar einen Verlust von 157 Mio. Euro hinnehmen. Berücksichtigt man dabei, dass die Steigerungsrate der Verwaltungskosten bei den Ersatzkassen mit plus 2,3 % deutlich unterhalb des GKV-Durchschnittes mit plus 8,1 % und noch deutlicher unterhalb der Steigerungsrate bei den AOKen mit plus 12,6 % liegt, müssen andere Faktoren für das negative Ergebnis verantwortlich sein.

In erster Linie ist das negative Jahresergebnis bei den Ersatzkassen auf die ungenaue Verteilungssystematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) zurückzuführen.

In dieser Ausgabe:

- Finanzierung der GKV:
Neue Konzepte, aber bitte mit Augenmaß!
- Zwischenergebnisse aus dem Mammographie-Screening-Programm in Hessen
- Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern
- Erste Pflegestützpunkte in Hessen eröffnet
- Erste Pflegenoten in Hessen:
Verband der Ersatzkassen veröffentlicht Prüfergebnisse
- Personalien

Die unterschiedliche Zuteilung der im Gesundheitsfonds vorhandenen Finanzmittel auf die Kassenarten hat – wie vor Einführung des Gesund-

heitsfonds vielfach befürchtet – zu massiven Verwerfungen geführt. Deshalb fordern die Ersatzkassen vom Gesetzgeber, dafür zu sorgen, dass die Mittel im Gesundheitsfonds gerechter verteilt werden.

Folge der unausgewogenen Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds war u. a., dass sich die Erhebung von Zusatzbeiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr vermeiden ließ. Ende Januar kündigten mehrere Krankenkassen an, zusätzliche Beiträge erheben zu müssen. Millionen Versicherte sind davon betroffen.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist politisch gewollt und steht im Zusammenhang mit der Konstruktion des Gesundheitsfonds. Eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes erfolgt erst dann, wenn die Ausgaben in zwei aufeinander folgenden Jahren nicht mehr zu 95 % aus den Mitteln des Gesundheitsfonds gedeckt werden können. Krankenkassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur

mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, werden so gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben.

Der Fonds startete mit einer deutlichen Unterdeckung. Hinzu kamen die Mindereinnahmen aufgrund des konjunkturellen Einbruchs. Der Gesetzgeber hat daraufhin beschlossen, den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2010 einen einmaligen Sonderzuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro für die konjunkturbedingten Ausfälle zur Verfügung zu stellen. Trotz dieses einmaligen Sonderzuschusses bleibt im laufenden Jahr eine Finanzierungslücke von 4 Mrd. Euro, die durch Zusatzbeiträge der Kassen in unterschiedlicher Höhe ausgeglichen werden muss. Das voraussichtliche Gesamtdefizit der GKV des Jahres 2010 erfordert im GKV-Durchschnitt je Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von rund 7 Euro.

Angesichts eines für 2011 erwarteten Defizits von bis zu ca. 15 Mrd. Euro ist davon auszugehen, dass



Claudia Ackermann, Leiterin des vdek in Hessen

DER KOMMENTAR

Jetzt ist es also soweit: die Regierungskommission hat ihre Arbeit aufgenommen. Acht Bundesminister unter Leitung des Bundesgesundheitsministers debattieren seit dem 17.03.2010 über die Zukunft unseres Gesundheitssystems. Politisch unabhängige Berater sind nicht zugelassen. Ob es wie in der Diskussion der letzten Monate primär darum geht, parteipolitische Interessen der einzelnen Beteiligten durchzusetzen, oder ob tatsächlich der „große Wurf“ einer konzeptionell geschlossenen und durchdachten Reform der Einnahmen- und Ausgabenseite des Gesundheitssystems glückt, bleibt abzuwarten.

Schwerpunkte sollten u. a. im Bereich der stetig steigenden Ausgaben im Arzneimittelbereich gesetzt werden. Die von Herrn Rösler kürzlich vorgestellten Eckpunkte gehen in die richtige Richtung, so z. B. die Erhöhung des Herstellerrabatts von 6 % auf 16 % bei gleichzeitigem Preismoratorium. Auch die Reduzierung des gesetzlichen Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel von zurzeit 19 % auf 7 % wäre eine wirksame Maßnahme zur Kostendämpfung, die im Eckpunktepapier leider nicht enthalten ist. Alleine durch diese beiden Maßnahmen ließe sich das Gesamtdefizit im Jahr 2010 fast vollständig vermeiden. Vor dem Hintergrund der Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Hotelübernachtungen wäre es angemessen und ebenso kurzfristig möglich, eine Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel zu beschließen, die – anders als Hotelübernachtungen – mitunter lebensnotwendig sind. Damit würde Deutschland auch im Vergleich mit nahezu allen Ländern der Europäischen Union endlich vergleichbare Rahmenbedingungen schaffen.

Auch die Einführung von Preisverhandlungen für innovative Arzneimittel ist ein Schritt in die richtige Richtung. Hierbei wäre es wünschenswert, dass diese schon vor der Markteinführung eines Medikaments auf der Basis unabhängiger Kosten-Nutzen-Bewertungen durchgeführt werden müssen. Den jetzigen Vorschlägen der Regierungskommission ist zu entnehmen, dass die Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung wie bisher die Preise bestimmen können. Dies sehen wir kritisch. Insgesamt muss sich die Preisfindung an den durchschnittlichen Preisen im europäischen Ausland orientieren. Hier existieren wegen der in Deutschland deutlich höheren Arzneimittelpreise beträchtliche Einsparpotenziale, deren Nutzung die gute (Arzneimittel-)Versorgung der Versicherten nicht gefährdet.

Die angekündigte Beibehaltung der bisherigen Rabattvertragsregelungen sehen wir positiv. Die vermeintliche Öffnung zugunsten zahlungswilliger Patienten für alternative und höherpreisige Arzneimittel verbessert jedoch nicht die Versorgung der Patienten, sondern nutzt nur der Pharmaindustrie. Diese Regelung, für die alleine die Patienten zahlen müssten, sollte noch einmal auf den Prüfstand gestellt werden.

Wir wünschen Ihnen daher viel Mut und Gestaltungswillen im o. g. Sinne, Herr Rösler!

mittelfristig alle Kassen auf die Option „Zusatzbeiträge“ zurückgreifen müssen.

Kassen, die aufgrund ihrer im Gesundheitsfonds unterrepräsentierten Versichertenstruktur schon jetzt Zusatzbeiträge erheben müssen, arbeiten deshalb nicht unwirtschaftlicher als andere. Andere Kassen beziehen im Gegenzug deutlich mehr Finanzmittel aus dem Morbi-RSA, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Diese Fehlsteuerung muss kurzfristig behoben werden.

Die jetzigen Probleme gehen auf „Altlasten“ der vergangenen Legislaturperiode zurück. Die jetzige Regierung sollte alle Anstrengungen unternehmen, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) längerfristig zu stabilisieren und die Mittel gerechter zu verteilen. Angesichts der anhaltenden Wirtschaftskrise und des prognostizierten Defizits 2010 und 2011 muss sich die Bundesregierung nicht nur mit der mittelfristigen Einnahmementwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung befassen, sondern auch schnell wirkende Maßnahmen beschließen, die den deutlichen Ausgabenanstieg wie z. B. im Arzneimittelbereich begrenzen.

Der neue Ressortchef im Bundesgesundheitsministerium will einen Paradigmenwechsel im Gesund-

heitssystem. Erklärte Absicht ist es, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfest zu machen. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre seien nur Kostendämpfungsgesetze gewesen.

Dass die Koalition sich diesem Thema stellt, ist aus Sicht der Ersatzkassen grundsätzlich begrüßenswert. Dass keine Schnellschüsse produziert werden sollen, spricht für den Willen zu überlegtem Handeln. Gleichwohl muss auch durch kurzfristig wirkende Maßnahmen u. a. im Ausgabenbereich gehandelt werden.

Mit der aufgekommenen Debatte um die Zusatzbeiträge klopft die aktuelle öffentliche Diskussion vehement an die Türen der Berliner Regierung. Vor Kurzem hat die Regierungskommission unter Leitung des Bundesgesundheitsministers ihre Arbeit aufgenommen. Sie benötigt viel Durchsetzungskraft und Mut, um abseits parteipolitischer Partikularinteressen die vor ihr liegenden Aufgaben zu lösen. Dabei fordern die Ersatzkassen, dass die Verhandlungen ergebnisoffen geführt werden.

Ziel muss es hierbei sein, die gute Gesundheitsversorgung der Versicherten zu erhalten und gleichzeitig die Finanzierung der GKV durch kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu stabilisieren. Hierbei bieten die Ersatzkassen den Verantwortlichen ihre Unterstützung an.

Zwischenergebnisse aus dem Mammographie-Screening-Programm in Hessen

Auf Basis der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des sog. Mammographie-Screenings in Deutschland wurde 2006 ein völlig neuartiges Früherkennungsprogramm eingeführt. Neu war u. a. der Bevölkerungsbezug und eine Qualitätssicherung, die alle wesentlichen Prozesse der Screening-Kette umfasst. Mit Etablierung der ersten Referenzzentren und dem Start der Einheiten in Hessen seit dem 01.04.2006 wurde mit der flächendeckenden Einführung des Mammographie-Screenings begonnen. Bereits vor diesem Zeitpunkt spielten die Regionen Wiesbaden und der Rheingau-Taunus-Kreis als „Modellregion“ zur Einführung des Mammographie-Screenings eine besondere Rolle.

Beim Mammographie-Screening handelt es sich um ein qualitätsgesichertes Programm zur Früherkennung von Brustkrebs mithilfe einer Röntgenuntersuchung. Brustkrebs ist sowohl die häufigste Krebserkrankung als auch Krebs-Todesursache bei Frauen. Durch das Mammographie-Screening kann Brustkrebs drei bis vier Jahre früher als durch die Tastuntersuchung diagnostiziert werden, was die Heilungschancen ganz erheblich verbessert.

Angeboten wird dieses Programm allen Frauen von 50 bis 69 Jahren, da diese besonders häufig von Brustkrebs betroffen sind. Sie werden alle zwei Jahre persönlich zu dieser Früherkennungsuntersuchung eingeladen. Die Teilnahme ist für die Teilnehmerinnen kostenlos und freiwillig. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen alle Kosten.

Ein Zwischenergebnis des Mammographie-Screenings in Hessen zeigt, dass im Zeitraum 01.04.2006 bis 31.03.2008 durch die Projektstelle „Mammographie-Screening“, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angesiedelt ist, 245.902 Frauen zur Untersuchung eingeladen wurden. In diesem Zeitraum lag die Teilnehmerquote bei den eingeladenen Frauen über alle Screening-Einheiten bei den Erst- und Wiederholungsteilnehmerinnen bei gut 59 %.

Ein weiteres Ergebnis aus dem vierten Quartal 2009 zeigt auf, dass in diesem Zeitraum 84.506 anspruchsberechtigte Frauen in Hessen eingeladen wurden. Davon haben 45.744 von der Untersuchungsmöglichkeit Gebrauch gemacht; dies

entspricht einer Teilnahme von rund 54 % der eingeladenen Frauen.

Die vorliegenden Zwischenergebnisse des Mammographie-Screenings zeigen, dass die teilnahmeberechtigten Frauen in Hessen das Angebot einer qualitätsorientierten Früherkennung umfangreich in Anspruch nehmen und bei regelmäßiger Teilnahme davon profitieren (siehe erste Abbildung auf der rechten Seite).

Die Zentrale Stelle „Mammographie-Screening Hessen“ ist unter der Rufnummer 0180-36 26 666 zu erreichen. Unter dieser Rufnummer können sich Frauen Termine für alle Screening-Standorte in Hessen geben lassen und weitere Informationen erhalten.

Die Zahlen beziehen sich auf 1 000 Frauen, die 20 Jahre lang jedes zweite Jahr am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen (10 Screeningrunden).

Teilnehmerinnen	1 000
Positive Befunde	300
Falsch-positive Befunde	250
Falsch-negative Befunde/Intervallkarzinome	15
Biopsien	100
Negative Biopsien	50
Brustkrebs im Screening entdeckt	50
Diagnose Brustkrebs	65
Invasive Tumoren	52
In-situ-Karzinome (DCIS)	13
Überdiagnosen und Übertherapien	5
Gestorben wegen Strahlenbelastung	0
Vermiedene Brustkrebstodesfälle	5
An Brustkrebs gestorben	15

Quelle: Weymayr, Christian: Kennzahlen Mammographie-Screening. Dokumentation 2010. Version 1.2. Hg. v. Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Köln 2010.

Kennzahlen Mammographie-Screening

STANDORTE DER SCREENING-EINHEITEN IN HESSEN

In Hessen gibt es zzt. sechs Screening-Einheiten mit 22 Standorten bzw. mobilen Einheiten für folgende Regionen:

Screening-Einheit I:

- Darmstadt
- Heppenheim
- Rüsselsheim
- Erbach

Screening-Einheit II:

- Frankfurt
- Hofheim

Screening-Einheit III:

- Wiesbaden
- Bad Homburg
- Mobile Einheit

Screening-Einheit IV:

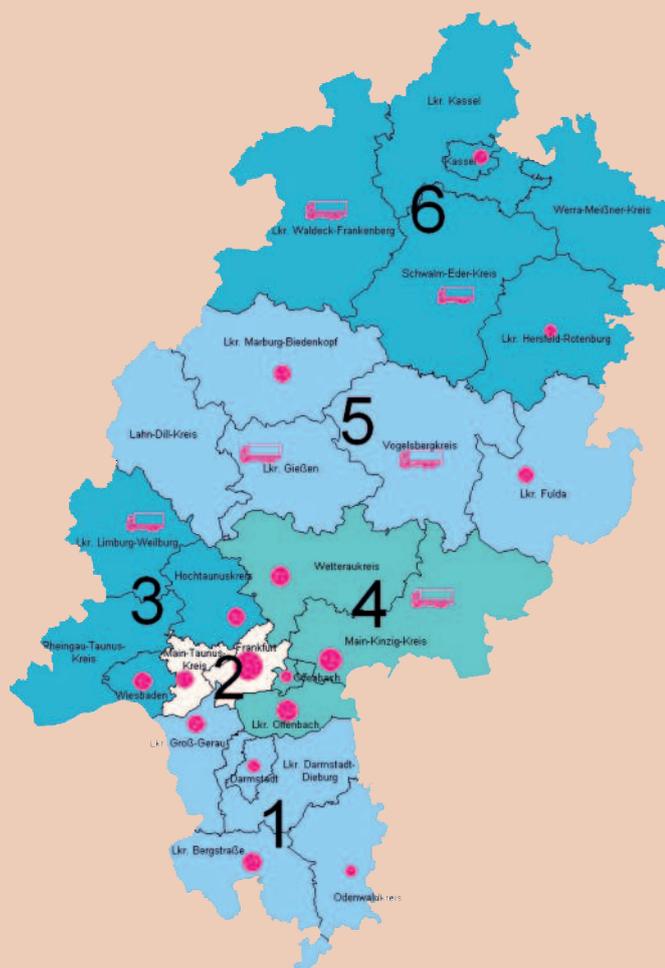
- Friedberg
- Offenbach
- Hanau
- Dietzenbach
- Mobile Einheit

Screening-Einheit V:

- Marburg
- Fulda
- Mobile Einheit 1
- Mobile Einheit 2

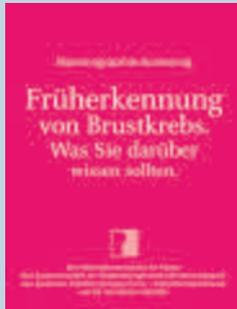
Screening-Einheit VI:

- Kassel
- Bad Hersfeld
- Mobile Einheit 1
- Mobile Einheit 2



Weitere Informationen zum Mammographie-Screening erhalten Sie unter: www.mammo-programm.de.

NEUE BROSCHÜRE



Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, die Deutsche Krebshilfe und das Deutsche Krebsforschungszentrum haben gemeinsam eine Broschüre entwickelt, die interessierten Frauen zuverlässig Auskunft über das Screening-Programm gibt.

Frauen, die sich für das Mammographie-Screening-Programm interessieren, können bei ihrem Haus- oder Facharzt kostenlose Informationen über das Programm zur Früherkennung von Brustkrebs erhalten. Die neue Broschüre mit dem Titel „Mammographie-Screening. Früherkennung von Brustkrebs. Was Sie darüber wissen sollten.“ wurde an alle Haus- und Facharztpraxen versandt. Weitere Exemplare können diese bestellen, um sie an interessierte Frauen weiterzugeben.

Die neue Broschüre zur „Früherkennung von Brustkrebs“ steht für interessierte Frauen und Angehörige kostenlos unter http://www.mammo-programm.de/cms-upload/fck-userfiles/file/Broschuere_MammoScreening_2009.pdf zum Download zur Verfügung.

Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern

Die sogenannten Kinderspezialambulanzen an Krankenhäusern leisten täglich einen Beitrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Versorgung der erkrankten Kinder erfolgt auf Überweisung eines niedergelassenen Arztes oder Facharztes, für den die Behandlung selbst nicht mehr möglich ist. Grundsätzlich sollen in den Kinderspezialambulanzen schwerkranke Kinder- und Jugendliche behandelt werden, die im niedergelassenen Bereich nicht mehr adäquat versorgt werden können.

Grund dafür kann z. B. die Notwendigkeit der Nutzung von diagnostischen Geräten sein, die in einer Praxis nicht originär vorgehalten werden, oder das komplexe Krankheitsbild eines Kindes, welches einen interdisziplinären Ansatz zur Diagnostik und Therapie erforderlich macht.

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ermächtigt die Spezialisten der Kinderkrankenhäuser zur Abrechnung bestimmter Leistungen, damit keine Versorgungslücken im ambulanten Bereich entstehen.

Ausgangspunkt für die im Rahmen des Krankenhausreformgesetzes (KHRG) eingeführte Regelung des § 120 Abs. 1a SGB V (Sozialgesetzbuch V) war, dass mit der Einführung des Deutschen Fallpauschalen-Systems, abgekürzt DRG-System (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 eine finanzielle Unterdeckung der Kinderspezialambulanzen seitens der Kinderkrankenhäuser ins Feld geführt wurde. Diese ergab sich aus Sicht der Pädiater zum einen

aus der ungenügenden Abbildung der Kinder- und Jugendmedizin im DRG-System. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sieht dies anders. Ein anderer Grund liegt nach Ansicht der Pädiater in der inadäquaten Abbildung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, kurz EBM (bundesweites Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden). In diesem Zusammenhang trat die „Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.“ (GKind) ab Ende 2004 mehrfach an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) heran. Zwischen 2004 und 2008 scheiterten zunächst mehrere Versuche zur Initiierung einer Gesetzesänderung. Im Jahr 2008 brachte das BMG dann doch einen entsprechenden Änderungsantrag erfolgreich in den Gesetzgebungsprozess zum KHRG ein. Dieser beruhte auf einer im Jahr 2008 durch das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlichten Studie, die eine erhebliche Unterfinanzierung der Kinderspezialambulanzen feststellte. Das KHRG trat zum 01.02.2010 in Kraft, die Wirkung des § 120 Abs. 1a SGB V rückwirkend zum 01.01.2009.

Da die Kinderspezialambulanzen ausschließlich durch ermächtigte und am Krankenhaus angestellte Ärzte betrieben werden, wurde die Regelung sinnvollerweise in § 120 SGB V eingefügt, der die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus regelt. Weiterhin wurde festgelegt, dass die in diesem Zusammenhang zu vereinbarenden Pauschalen bei der Vereinbarung der Bemessungsgrundla-

ge für die Abrechnung von Krankenhausleistungen, dem Landesbasisfallwert (LBFW), mindernd zu berücksichtigen sind.

Bei der konkreten Umsetzung gehen die Auffassungen der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen und der Verhandlungspartner auf Krankenhausseite weit auseinander. Die Unterschiede in der Bewertung der Kostenansätze leiten sich aus einer unterschiedlichen Interpretation des Gesetzestextes ab.

Einig ist man in der Bewertung, dass die geforderten finanziellen Mittel für die Krankenkassen eine Zusatzausgabe darstellen, sofern keine Reduzierung des landesweit geltenden Basisfallwertes erfolgt. Wie vom Gesetzgeber vorgesehen, sollten jedoch nach Auffassung der GKV alle hessischen Krankenhäuser diese Zusatzkosten über die Berücksichtigung im LBFW mittragen.

Da keine Rahmenvereinbarung mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft zustande gekommen ist, haben einige hessische Krankenhäuser mit pädiatrischem Versorgungsauftrag die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen zu gesonderten Verhandlungen aufgefordert.

Die Kinderspezialambulanzen müssen in den Verhandlungen eine Deckungslücke zwischen den Erlösen aus der Vergütung der Kassenärztlichen Vereinigung und den notwendigen Kosten für den Betrieb nachweisen. Die Gründe hierfür können unterschiedlicher Natur sein, z. B. Dimensionierung der Ambulanzen, „Öffnungszeiten“ und Einbettung

in den normalen stationären Krankenhausbetrieb. Die Behandlung kleiner Kinder ist gegenüber der von Erwachsenen naturgemäß zeit- und beratungsintensiver, z. B. weil Beschwerden nicht klar geäußert werden können. Mancher Hausarzt könnte dieses Argument bei den erwachsenen Patienten allerdings ebenso ins Feld führen!

Bislang haben drei Verhandlungen in Hessen stattgefunden, bei denen es aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen noch zu keiner Einigung gekommen ist.

Bemerkenswert an dieser Stelle ist aber, dass ein Vertragspartner – nach eigener Aussage – im Falle einer Nicht-Einigung die ambulante Versorgung von Kindern einstellen würde, obwohl seitens der Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen eine spürbare Aufstockung der bisherigen KV-Erlöse aus den bestehenden Ermächtigungen und insofern eine deutliche Verbesserung der Erlössituation angeboten wurde.

Die Gründe für eventuelle Unterdeckungen im Bereich der Kinderspezialambulanzen können vielfältig sein. Die rein betriebswirtschaftliche Profitcenter-Berechnung unter Zugrundelegung eines Vollkostenansatzes, der letzten Endes die stationären Budgets der betreffenden Krankenhäuser entlastet, ist weder intendiert noch sachgerecht.

Eine Rückführung von überhöhten Forderungen auf ein notwendiges und von der Solidargemeinschaft finanzierbares Maß wäre einer Einigung förderlich.

Erste Pflegestützpunkte in Hessen eröffnet

Im April 2010 wurde im Landkreis Marburg-Biedenkopf ein Pflegestützpunkt eröffnet, der federführend von den Ersatzkassen betreut wird. Dieser Pflegestützpunkt wird in Kürze im neuen Beratungszentrum in Marburg seine Tätigkeit fortführen (siehe Abb. auf der nächsten Seite). Die Pflegeberatung für die Pflege- und Krankenkassen wird im Pflegestützpunkt durch einen Ersatzkassen-Mitarbeiter sichergestellt. Der Pflegestützpunkt in Marburg ist durch bedarfsgerechte Öffnungszeiten und durch einen Telefonservice bzw. Anrufbeantworter an mindestens fünf Tagen wöchentlich erreichbar.

Pflege- und Krankenkassen sollen in einem Bundesland Pflegestützpunkte aufbauen, wenn sich die zuständigen Behörden des Bundeslandes für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entscheiden. Im Dezember 2008 wurde für das Land Hessen die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch das zuständige

Sozialministerium beschlossen. Damit ist das Ministerium als zuständige Landesbehörde einer Empfehlung des Landespflegeausschusses gefolgt und hat eine Allgemeinverfügung zur Errichtung von 26 Pflegestützpunkten, zunächst für je einen Pflegestützpunkt in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt, erlassen. Die Pflege- und Krankenkassen errichten die Pflegestützpunkte mit den örtlichen Trägern der Sozialhilfe in gemeinsamer Trägerschaft.

In einem Pflegestützpunkt wird die Beratung und die Vernetzung aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen unter einem Dach gebündelt. Ein Pflegestützpunkt ist keine neue oder zusätzliche Behörde, sondern bildet das gemeinsame Dach, unter dem das Personal der Pflege- und Krankenkassen, der Altenhilfe oder der Sozialhilfeträger sich untereinander abstimmen und den Betroffenen ihre Sozialleistungen erläutern und vermitteln können.

Alle Angebote rund um die Pflege sollen erfasst sein, zum Beispiel die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe. Auch ehrenamtlich Tätige sollen in die Arbeit der Pflegestützpunkte einbezogen werden.

Die Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege stellt neben den eigentlichen pflegerischen Aufgaben eine große Belastung für die pflegenden Angehörigen dar. Auch zu ihrer Unterstützung werden diese Pflegestützpunkte in Hessen eingerichtet. Sie ermöglichen die effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region und sollen darüber hinaus helfen, die ehemals starren Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden.

In den letzten Monaten wurden zahlreiche Gespräche mit den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten zum Aufbau dieser Pflegestützpunkte geführt.



Das Bild zeigt die Außenansicht des Pflegestützpunktes in Marburg/Lahn, in dem in Kürze die Arbeit aufgenommen werden soll.
Bild-Quelle: Landkreis Marburg

Der erste Pflegestützpunkt wurde am 2. Februar 2010 im Landratsamt des Kreises Groß-Gerau durch den Staatsminister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer, eröffnet.

Erste Pflegenoten in Hessen:

Verband der Ersatzkassen veröffentlicht Prüfergebnisse

Wer auf der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung ist, dem hilft das Internetportal www.pflegelotse.de. Der Verband der Ersatzkassen hat es entwickelt, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige sich über Angebote vor Ort und bundesweit informieren können. Das Portal informiert immer aktuell über derzeit 12.800 ambulante und 10.800 stationäre Pflegeeinrichtungen und stellt Informationen über deren Größe, Kosten, Ausstattung, Lage, besondere Ausrichtung sowie die Kontaktdaten zur Verfügung.

Seit Anfang Dezember 2009 werden die Einrichtungen nach ihrer Qualität benotet und die Ergebnisse über den Pflegelotsen der Ersatzkassen veröffentlicht. Dadurch soll nach dem Willen des Gesetzgebers mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, wie z. B. medizinische Versorgung oder Betreuung und Umgang mit Demenzerkrankten, erreicht werden. Dies wird, so die Erwartung, den von Pflegebedürftigkeit direkt oder indirekt Betroffenen helfen, eine sachgerechte Entscheidung bei der Wahl ihrer Pflegeeinrichtung auf der Basis objektiver Bewertungen ermöglichen. Darüber hinaus sollen die öffentlichen Bewertungen zu einem Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen um mehr Qualität führen.

Aktuell liegen die Transparenznoten von ca. 6.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland bei den Lan-

desverbänden der Pflegekassen vor. Davon wurden bislang ca. 3.700 Pflegenoten für die Veröffentlichung im Internet freigegeben.

Für die stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen liegen nun zum ersten Mal vorläufige Landesdurchschnittswerte bei den Pflege-Gesamtnoten vor. Diese beruhen auf der Auswertung der Transparenzberichte von ca. 39 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen. Mit einer Durchschnittsnote von 1,7 liegen die bisher geprüften 279 stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dieser liegt bei den bundesweit bisher geprüften 4.216 stationären Pflegeeinrichtungen lediglich bei 2,1. (Die Bewertungssystematik entspricht Schulnoten.)

Rund 85 % der bis jetzt geprüften Heime in Hessen haben im Ergebnis der Prüfung eine sehr gute oder gute Gesamtnote erhalten. Ca. 6 % der bisher geprüften stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen erreichen nur eine ausreichende oder mangelhafte Gesamtnote. Die vdek-Landesvertretung Hessen geht davon aus, dass sich dieser Trend fortsetzen wird.

Die Durchschnittsnoten werden laufend aktualisiert. Bis Ende des Jahres 2010 werden alle 720 stationäre Pflegeeinrichtungen in Hessen einmal vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) überprüft.

Sobald eine hinreichende Anzahl von Prüfungsergebnissen vorliegt, wird in Kürze auch für die ambulanten Pflegedienste ein entsprechender Landesdurchschnitt veröffentlicht.

Mit der Veröffentlichung der Pflegenoten steht erstmals im bundesdeutschen Gesundheitswesen ein transparentes und vergleichendes Bewertungssystem zur Verfügung. Die Einführung der Pflegenoten war ein wichtiger Meilenstein. Dieses System muss zielgerichtet weiterentwickelt werden. Dafür setzt sich der vdek ein und wird an der Weiterentwicklung aktiv mitwirken.

Die Ersatzkassen begrüßen grundsätzlich das Vorhaben, die Pflege-Transparenzvereinbarungen

zunächst zu evaluieren. Dies muss aus unserer Sicht unabhängig und unter wissenschaftlicher Leitung erfolgen. Nur so können

- die Stärken und Schwächen des Systems in seiner jetzigen Form verlässlich determiniert,
- bei den Leistungserbringern eine breit gestreute Akzeptanz für die zukünftigen Pflegenoten erzeugt und
- der öffentlichen Kritik an diesem Instrument begegnet und seine Akzeptanz verbessert werden.

PERSONALIEN



Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy, Geschäftsführer des MDK Hessen, Oberursel

Dr. iur. Dr. biol. hom. Wolfgang Gnatzy – Geschäftsführer des MDK Hessen, Oberursel

Neuer Geschäftsführer beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK Hessen) ist seit Jahresbeginn Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy. Vor seiner Beschäftigung beim MDK Hessen war Dr. Dr. Gnatzy, der einen Ausbildungshintergrund als Jurist mit zahlreichen Zusatzqualifikationen (z. B. Gesundheitsökonomie) hat, für den

Bereich Personal und Recht am Klinikum der Universität Gießen tätig. Neben dieser Tätigkeit war er dort seit 1992 mit der ständigen Vertretung des Kaufmännischen Direktors betraut. Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy ist 51 Jahre alt, verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn.



Dr. med. Jörg van Essen, Leitender Arzt des MDK Hessen, Oberursel

Dr. med. Jörg van Essen – Leitender Arzt des MDK Hessen, Oberursel

Zum Jahreswechsel wurde das Amt des Leitenden Arztes beim MDK Hessen mit dem Internisten Dr. med. Jörg van Essen neu besetzt. Dr. van Essen ist seit 1991 beim MDK Hessen beschäftigt und leitete zuletzt das Team „Consulting stationär“ im Geschäftsbereich Krankenhaus. 1958 in Nürnberg geboren wuchs van Essen in Mannheim und Karlsruhe auf. Studium und Promotion absolvierte er an der Universität Mainz. Nach Abschluss des Studiums war er mehrere Jahre in Rüsselsheim am Stadtkrankenhaus tätig, bis er schließlich als Gutachter an die dortige Beratungsstelle des MDK

Hessen wechselte. Sein besonderes Interesse in den Folgejahren als Gutachter im Bereich Stationäre Versorgung und Leiter der „Clearingstelle für die herzchirurgische Versorgung“ galt dem ärztlichen Qualitätsmanagement. Dr. Jörg van Essen ist verheiratet.



Simone Grecki, Referatsleiterin „Ambulante Versorgung“ in der vdek-Landesvertretung Hessen

Simone Grecki

Simone Grecki hat zum 01.03.2010 die Leitung des Referats „Ambulante Versorgung“ beim Verband der Ersatzkassen in Hessen übernommen. Sie tritt die Nachfolge von Claudia Ackermann an, die seit 1. Oktober 2009 die Leitung der vdek-Landesvertretung Hessen übernommen hat.

Die Referatsleiterin wurde in Berlin geboren und hat dort auch lange Zeit gelebt. Nach ihrem Abitur hat sie bei der Siemens Betriebskrankenkasse ihre Ausbildung zur Sozialversicherungs-Fachangestellten absolviert. Weitere Aus- und Fortbildungsstationen waren u. a. die Prüfung zum Krankenkassen-Betriebswirt, die Ausbildereignungsprüfung und ein Studium der Gesundheitswissenschaften, das Frau Grecki mit dem Abschluss „Bachelor of Science in Health Communication“ im Jahr 2006 abschloss. In ihrer Freizeit ist Frau Grecki sportlich sehr aktiv, liest und reist gerne. Simone Grecki ist ab sofort in der vdek-Landesvertretung Hessen die verantwortliche Ansprechpartnerin für alle Fragen der ambulanten Leistungserbringung in Hessen.

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 21
E-Mail: LV_Hessen@vdek.com
Redaktion: Meinhard Johannides
Verantwortlich: Claudia Ackermann