

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE PFLGESTÄRKUNGSGESETZ II | HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG | QUALITÄTSPRÜFUNGEN IN PFLEGEHEIMEN | GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN | AUSBLICK SOZIALWAHL 2017

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2015

PALLIATIVVERSORGUNG

Einigung nach langen Verhandlungen



FOTO S.Mikolova - Fotolia.com

Die Ersatzkassen in Hessen haben sich mit dem Fachverband für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Land auf eine Erhöhung der Vergütung geeinigt. Nach einer schwierigen Verhandlungsrunde wurde eine Anhebung der Vergütungssätze in zwei Stufen mit einer Gesamtlaufrunde von 26 Kalendermonaten vereinbart. Vom 01.11.2015 bis zum 31.08.2016 steigen die Vergütungssätze um 2,53 Prozent und für die Zeit vom 01.09.2016 bis 31.12.2017 um weitere 2,95 Prozent. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden sterbenskranke Menschen in Hessen in ihrer letzten Lebensphase zuhause betreut. Hessen bietet als eines der ersten Bundesländer eine flächendeckende spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche an.

PFLGEVERSICHERUNG

Pflegestärkungsgesetz (PSG) II nutzt allen

Die Bundesregierung legt mit dem PSG II eine tiefgreifende Reform vor und löst ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein, per Gesetz für die Gleichbehandlung von kognitiv, psychisch und somatisch eingeschränkten Personen in der Pflegeversicherung zu sorgen.

Mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Einführung eines geeigneten Begutachtungsverfahrens ist allen Beteiligten geholfen – den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Pflegekräften, denn der tatsächliche Unterstützungsbedarf wird insgesamt besser erfasst. Die Unterscheidung zwischen körperlicher Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Alltagskompetenz, zum Beispiel Demenz, entfällt. Die Leistungshöhe hängt in Zukunft davon ab, welche Unterstützung der Pflegebedürftige braucht und was er oder sie noch selbst erledigen kann. Alle Pflegebedürftigen erhalten damit gleichberechtigt Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Zusätzlich beginnt die Unterstützung früher, etwa wenn eine Dusche altersgerecht umgebaut werden muss oder eine Haushaltshilfe benötigt wird. Die bisherigen drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade abgelöst. Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 stehen alle bisherigen Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. Menschen mit dem Pflegegrad 1 erhalten einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro, den sie im Rahmen der

Kostenerstattung nutzen können. Pflegebedürftige erhalten künftig nicht nur vorrangig Hilfe bei der Körperpflege, sondern auch Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen von Demenz oder psychischen Erkrankungen durch ein individuell zugeschnittenes Betreuungsangebot.

Überleitungsregelungen und Bestandsschutz

Zum 1. Januar 2017 wird das derzeitige System von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade umgestellt. Für die rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag Pflegeleistungen erhalten, wird mit einer Überleitungsregelung sichergestellt, dass sie ohne erneute Begutachtung und Nachteile (Bestandsschutz) in das neue System überleitet werden.

Pflegestufenunabhängiger Eigenanteil in Pflegeheimen

Mit der Reform wird auch festgelegt, dass künftig alle Bewohner eines Pflegeheims – unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit – einen gleich hohen Eigenanteil



Ambitioniert



FOTO: vdek

von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

Was lange währt ... – Der Bundestag hat das Zweite Pflegestärkungsgesetz verabschiedet und die Pflegeversicherung damit deutlich gerechter gemacht. Er kommt so einer seit Langem geäußerten Forderung der Ersatzkassen nach. Die Reform wird u. a. die Situation von demenzerkrankten Pflegebedürftigen erheblich verbessern. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Ablösung der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade sind die wichtigsten pflegepolitischen Maßnahmen seit vielen Jahren, auch wenn eine Umsetzung bereits zum 01.01.2017 ambitioniert ist.

Aber die Pflege wird dadurch auch deutlich teurer. Die anstehende Beitragssatzerhöhung von 0,2 Prozentpunkten ab 2017 wird nicht ausreichen. Deshalb werden die Pflegekassen die Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erheblich abschmelzen müssen. Zusätzlich gibt es politische Überlegungen, die Pflegeberatung der Kommunen aus Mitteln der Pflegeversicherung zu finanzieren. Diese Kostenverschiebung ist nicht akzeptabel. Das Geld der Beitragszahler darf nur für Leistungen der von ihnen finanzierten Pflegeversicherung verwendet werden.

Auch die Überarbeitung der Pflegenoten war überfällig, denn sie müssen aussagekräftiger werden. Für die Übergangszeit ist es gleichwohl richtig, das bisherige Bewertungssystem fortzuführen, um weiterhin eine zuverlässige Orientierung zu haben.



FOTO: Photographie.eu – Fotolia.com

zu den von der Pflegeversicherung zu tragenden Pflegekosten leisten müssen. Pflegebedürftige, die bereits in einer stationären Einrichtung leben, erhalten Bestandsschutz. Für sie wird sich nach der Umstellung auf die neuen Pflegegrade nichts ändern. In der Vergangenheit war es so, dass der Eigenanteil mit der Einstufung in eine höhere Pflegestufe angestiegen ist. Da künftig ein einheitlicher Anteil von allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu zahlen ist, werden viele Pflegebedürftige entlastet. Auch für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und

»Die Leistungshöhe hängt in Zukunft davon ab, welche Unterstützung der Pflegebedürftige braucht und was er oder sie noch selbst erbringen kann.«

teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern sind Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt im Einzelfall keine neue Vereinbarung verhandelt werden konnte.

Erweiterung der Pflegeberatung

Umfangreiche Veränderungen erfährt die Pflegeberatung. U. a. sollen die Pflegekassen den Pflegebedürftigen zukünftig (feste) Ansprechpartner nennen, die eine neutrale Beratung auf der Grundlage einheitlicher

Vorgaben anbieten. Zudem werden die Länder verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung zu stellen.

Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege

Die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege werden ergänzt und neu strukturiert. Hierbei werden die Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsbemessung und Qualitätsdarstellung weiterentwickelt und deren Entscheidungsfindung durch eine Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene beschleunigt. Zu den wichtigsten Aufgaben gehört die Weiterentwicklung der Pflegenoten, die im stationären Bereich bis Ende 2017 und im ambulanten Bereich bis Ende 2018 überarbeitet werden müssen. Das bisherige System der Pflegenoten gilt weiter bis zum Inkrafttreten der neuen Qualitätssysteme. Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Pflegequalität wird bis zum 30. Juni 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in den Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Finanzierung der Reform

In Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz zum 1. Januar 2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 Prozent, für Kinderlose auf 2,8 Prozent, angehoben. ■

LEISTUNGSVERBESSERUNG

Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ soll die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase verbessert werden.

Ziel des am 5. November 2015 im Bundestag beschlossenen Gesetzes ist es, durch Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind.

Vernetzung und Versorgung

Maßnahmen zielen darauf ab,

- in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen,
- die Vernetzung und Kooperation von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie hospizliche Begleitung in der Regelversorgung sicherzustellen,
- die allgemeine ambulante Palliativversorgung weiter zu stärken,
- die Finanzierungsgrundlage stationärer Hospize zu verbessern,
- die Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu stärken und Kooperationen mit regionalen Versorgern zu fördern sowie
- die Versicherten gezielt über bestehende Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu informieren.

Mit dem Gesetz werden Anreize zum weiteren Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung gesetzt und die Kooperationen und Vernetzung in den relevanten Versorgungsbereichen gefördert.



In stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in denen viele Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, gilt es, die Hospizkultur und Palliativversorgung insgesamt voran zu bringen. Die Versicherten werden besser über Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung informiert, damit die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bestmöglich begleitet verbracht werden kann.

Versorgung in Hessen gewährleistet

In Hessen sind der Ausbau und die Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung bereits flächendeckend umgesetzt. So gibt es hier aktuell 17 stationäre Hospize mit 175 Plätzen sowie ein Kinderhospiz mit 12 Plätzen. Im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) stehen den Sterbenden 23 Palliativteams zur Verfügung; im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind es drei Teams. ■

BÜROKRATIEABBAU

Modellprojekt zur Qualitätsprüfung in Pflegeheimen



FOTO fotomek - Fotolia.com

Die Verbände der Pflegekassen in Hessen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK), der PKV-Prüfdienst und die Betreuungs- und Pflegeaufsicht Wiesbaden haben im Rahmen eines Modellprojekts zur Qualitätsprüfung in Pflegeheimen eine positive Zwischenbilanz gezogen. Die Institutionen sind sich einig, dass eine Zusammenarbeit bei den Prüfungen nach dem SGB XI und dem Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) weiterhin erforderlich ist, und schlagen für die nächste Phase eine Intensivierung der Zusammenarbeit vor. Ziel ist es, zur Entbürokratisierung Doppelprüfungen zu vermeiden und dennoch systematisch schlechte Pflegeeinrichtungen zu identifizieren, diese zu überwachen sowie gemeinsame Absprachen zu treffen. Hierzu werden die Beteiligten ein Verfahren für eine Risikobewertung der Einrichtungen entwickeln und in der Modellregion (Rheingau-Taunus-Kreis und Stadt Wiesbaden) testen. Da der MDK Hessen und der PKV-Prüfdienst gesetzlich gehalten sind, jährlich die Pflegeeinrichtungen zu prüfen, wird sich die Betreuungs- und Pflegeaufsicht auf die schlechten Einrichtungen konzentrieren, um Doppelprüfungen zu vermeiden und die Versorgung der Bewohner in den Einrichtungen zu verbessern. Diese Maßnahmen werden zur Verbesserung des Verbraucherschutzes beitragen.

„Krankenhausreform – Der große Wurf?“

Vertreter aus Politik, Wissenschaft, der Leistungserbringer und Kostenträger haben bei der vdek-Veranstaltung in Frankfurt im Herbst über die anstehende Krankenhausreform diskutiert. Maßgeblich ging es darum, ob die Krankenhausversorgung besser oder doch womöglich nur teurer wird.

Es gibt kaum ein Thema, das so heiß diskutiert wird, wie die Krankenhausstrukturreform. Sie soll am 1. Januar 2016 in Kraft treten und nicht nur die Qualität der Krankenhausversorgung verbessern, sondern auch für mehr Pflegekräfte am Krankenbett sorgen. Kann das Gesetz das leisten oder handelt es sich nur um den berühmten kleinsten Nenner, auf den sich alle Beteiligten geeinigt haben? Darum ging es bei der Veranstaltung „Krankenhausreform – Der große Wurf?“ der vdek-Landesvertretung Hessen, die am 18. September 2015 in Frankfurt stattfand.

Stefan Grüttner, der hessische Staatsminister für Soziales und Integration, äußerte sich positiv. Zwar sei gerade bei der Finanzierung noch nicht alles rund, aber ansonsten viele Themen auf einem guten Weg. Grüttner kündigte auf der Veranstaltung zudem an, dass das Land Hessen zusätzliche Mittel in Höhe von 75 Mio. Euro für bauliche Investitionen hessischer Krankenhäuser zur Verfügung stellt.

Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, sah die Finanzierung durch die Länder kritisch, bewertete die Einrichtung eines Strukturfonds mit dem Ziel, Überkapazitäten abzubauen und gute Versorgungsangebote zu konzentrieren, als positiv.

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers von der Hochschule Fresenius in München sprach über die Herausforderungen der Krankenhausplanung. Er führte aus, dass 2013 43 Prozent der Patienten über die Notaufnahme ins Krankenhaus kamen. Beivers sprach von einer Diskrepanz zwischen einem subjektiv empfundenen und einem objektiven Notfall. Er wünschte sich für die Zukunft eine eindeutige Klassifizierung.



FOTO: www.bestechen.de

Dieter Bartsch, Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, mahnte, besonnen zu agieren und auch in den Ballungsräumen nicht vorschnell von einer Überversorgung zu sprechen. Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende

des vdek sagte: „Ziel des Gesetzes ist es, die Struktur zu verbessern, damit die Krankenhäuser, die wir auch angesichts der demografischen Entwicklung brauchen, vernünftig finanziert werden können.“

SOZIALWAHL

Vorbereitungen für Sozialwahl 2017 haben begonnen

Die Vorbereitungen für die Sozialwahl 2017 laufen. Die Amtszeit der ehrenamtlichen „Selbstverwalter/innen“ in den Versicherungsparlamenten der gesetzlichen Sozialversicherungsträger erreicht ihr letztes Drittel. Um nicht nur zu aktuellen Anlässen wie der Neuwahl über die Arbeit der ehrenamtlichen Selbstverwalter/innen zu informieren, wurde ein Informationsportal unter www.selbstverwaltung.de eingerichtet. Interessierte können dort auch die Positionen zu gesundheits- und sozialpolitischen Themen nachlesen. Darüber

hinaus werden Informationen rund um die Sozialwahlen und die Selbstverwaltung angeboten, wie zum Beispiel zur Berufung der neuen Bundeswahlbeauftragten für die Sozialwahlen 2017 durch die Bundesministerin für Arbeit und Soziales am 29. September 2015. Das Informationsportal wird von der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, dem GKV-Spitzenverband und den sechs Ersatzkassen betrieben. Die nächsten Sozialwahlen finden Anfang Juni 2017 statt.

KOMMENTAR

Eine teure
Angelegenheit

von
RAINER SAND
RL Stat. Versorgung

Ursprünglich war die Krankenhausreform zur Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung gedacht. Inzwischen ist klar: die Reform sichert und verbessert vor allem die Einnahmen der Krankenhäuser. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses wurden von den Krankenhäusern zahlreiche Interventionen eingebracht. Anfang November wurde ein Maßnahmenpaket verabschiedet, das zu den erwarteten Mehrausgaben für die Krankenkassen bis zum Jahr 2018 von über 4 Milliarden Euro mit weiteren 800 Millionen Euro jährlich zu Buche schlägt. Zahlen müssen diese Zeche die Versicherten über Zusatzbeiträge. Die Länder, die vielfach ihren Investitionspflichten nur unzulänglich nachkommen, werden geschont. Gut für Hessen und insgesamt im Bundesvergleich ist, dass das Land 2015 zusätzliche Investitionsmittel in relevanter Größenordnung zur Verfügung stellt. Diese müssten jedoch künftig jährlich fließen, um den Investitionsbedarf annähernd zu decken. Für Hessen bleibt zu hoffen, dass die Landesregierung Qualitätsindikatoren verbindlich berücksichtigt und im Krankenhausplan ab 2017 verankert. Die Ersatzkassen fordern ferner eine detailliertere Planung, um durch eine höhere Leistungskonzentration ein besseres Behandlungsergebnis zu erreichen. Damit wäre eines der ursprünglichen Ziele der Reform zumindest für Hessen erreicht, wenn auch teuer erkauft.

HYGIENE IN DER KLINIK

Gefährliche Keime: Was können
Kliniken besser machen?

Die Vereinbarung zur Durchführung eines Qualitätssicherungsprojektes zur Analyse der Häufigkeit von Krankenhausinfektionen in hessischen Kliniken steht kurz vor dem Abschluss.



FOTO freepress.com - Fotolia.com

Gemeinsam mit Vertretern der Krankenhausesseite und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) haben Vertreter der GKV unter Einbindung des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration ein Konzept für ein Qualitätssicherungsprojekt entwickelt. Ziel des Projekts, das am 1. Januar 2016 starten soll, ist die „Analyse der MRE-Prävalenz sowie Maßnahmen zur Reduktion nosokomialer Infektionen durch MRE in hessischen Krankenhäusern“.

Nosokomiale Infektionen (NI) stellen in Deutschland trotz seines hochentwickelten Gesundheitssystems ein Risiko für Patienten und eine Herausforderung an die klinische Hygiene und den Infektionsschutz dar. Unter den bei einem Krankenhausaufenthalt erworbenen Infektionen stehen multiresistente Erreger (MRE) besonders im Fokus.

In Hessen wurde im Jahr 2012 bei über 20.000 Krankenhauspatienten eine entsprechende Diagnose gestellt. Nach

Expertenmeinung sind in Deutschland etwa 20 bis 30 Prozent aller NI vermeidbar. Die Behandlung von Patienten ist aufwändig und kostenintensiv. Im Rahmen des Projektes sollen mögliche Verbreitungsursachen identifiziert und Transparenz über die Ursachen geschaffen werden, die vom Krankenhaus beeinflusst werden können oder ggf. von anderer Seite beseitigt werden müssen.

Entsprechend der externen stationären Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V ist eine regelmäßige Berichterstattung an die teilnehmenden Einrichtungen vorgesehen. Bei auffälligen Ergebnissen soll ein „Strukturierter Dialog“ durch eine Fachkommission durchgeführt werden, um möglichen Qualitätsdefiziten in den Kliniken entgegenzuwirken.

Die Ersatzkassen haben sich stets aktiv an der Entwicklung des Projektes beteiligt und sich dafür eingesetzt, dass bei Auffälligkeiten Maßnahmen zeitnah eingeleitet werden können. ■

Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Hessen



FOTO: Jürgen Fälsche – Fotolia.com

Nach den Bundesländern Hamburg, Bremen und NRW wird auch Hessen die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen durch die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sukzessive organisieren.

Auf Initiative von Sozialminister Grüttner hatten sich im September die Verbände der Krankenkassen in Hessen und Ersatzkassen geeinigt, mit der Erarbeitung einer entsprechenden Landesrahmenvereinbarung zu beginnen. Inzwischen liegt ein Entwurf für eine solche Vereinbarung vor.

Ohne die eGK erhalten Flüchtlinge eine Behandlung gegen eine entsprechende Bescheinigung der Sozialbehörde, die wiederum Abrechnungsgrundlage für den Arzt gegenüber der Kommune ist. Die eGK hingegen soll sicherstellen, dass der Arzt jede Behandlung eines Flüchtlings ganz normal über seine Praxissoftware mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) abrechnen kann und über seine Quartalsabrechnung vergütet bekommt. Die Krankenkassen wiederum erhalten von den Kommunen die Kosten für jeden Behandlungsfall zzgl. einer Verwaltungskostenpauschale erstattet.

Die Übernahme der Organisation der Gesundheitsversorgung über die eGK erfolgt dabei durch die Krankenkassen als Auftragsverwaltung. Das heißt auch, dass die Flüchtlinge keinen Status als GKV-Versicherte erhalten. Vielmehr besteht für diese Personengruppe ein deutlich eingeschränkter Leistungsanspruch, der sich im Kern auf die Behandlung von Akuterkrankungen beschränkt.

Für Hessen ist geplant, dass die teilnehmenden Krankenkassen jeweils für einzelne Landkreise und kreisfreie Städte die Ausgabe der eGK und die Organisation der Gesundheitsversorgung übernehmen. Eine Aufteilung einzelner Gemeinden auf die Krankenkassen stellt keine praktikable Alternative dar. Noch ist allerdings unklar, ob die Kommunen ihrerseits von dieser Möglichkeit Gebrauch machen. In NRW waren z. B. mit Stand November 2015 erst ca. zehn Gemeinden der Vereinbarung beigetreten.

Höhere Beitragsbemessungsgrenzen 2016

Die Beitragsbemessungsgrenzen für die Sozialversicherungen steigen. Das Bundeskabinett hat beschlossen, dass ab dem 1. Januar 2016 auf Einkommen von monatlich bis zu 4.237,50 Euro Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung fällig werden. Im zu Ende gehenden Jahr lag die Grenze bundeseinheitlich bei 4.125 Euro im Monat. Die Bemessungsgrenzen in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Arbeitslosenversicherung werden auf 6.200 Euro (West) und 5.400 Euro (Ost) angehoben. Jährlich sind das 74.400 Euro (West) und 64.800 Euro (Ost.) Die Versicherungspflichtgrenze steigt 2016 auf 56.250 Euro Jahreseinkommen, sie lag in 2015 bei 54.900 Euro.

Krankenkassen stellen Impfausweise bereit

Ab dem 1. Januar 2016 stellen die gesetzlichen Krankenkassen die Impfausweise für die gesetzlich Krankenversicherten bereit. Diese Regelung ist Bestandteil des Präventionsgesetzes (PrävG), das bereits im Juli 2015 in Kraft getreten ist. Ob die Krankenkassen die Impfausweise direkt an die Versicherten abgeben, sie über elektronische Medien zur Verfügung gestellt werden oder der Arzt sie den Patienten aushändigt, das entscheidet jede Krankenkasse für sich. Der Gesetzgeber beziffert die voraussichtlichen jährlichen Kosten hierfür auf ca. 1 Mio. Euro. Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ soll die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten stärken. Der Impfschutz ist dafür ein wichtiger Baustein.

IGeL-Monitor setzt auf Merkblätter für Patienten

Was bringt eine „Individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL = Selbstzahlerleistung), wann wird sie empfohlen, welche Studien gibt es darüber und was ist das Fazit des IGeL-Monitors? All diese Fakten werden künftig für jede bewertete Selbstzahlerleistung auf einem eigenen „Merkblatt für das Praxisgespräch“ zusammengefasst. Die Broschüren sind vor allem als Hintergrundinformation für die Patientinnen und Patienten gedacht, die mit ihrem Arzt über eine individuelle Gesundheitsleistung sprechen möchten. Zusätzlich können auch Patientenberatungsstellen, Verbraucherzentralen und Versicherungen diese Merkblätter nutzen. Sie stehen unter www.igel-monitor.de als pdf-Dokumente zur Verfügung und können dort heruntergeladen werden.

ORGANSPENDE

Zahl der Organspender in Hessen leicht gestiegen

Der Abwärtstrend scheint gebrochen. 2015 gab es in Hessen von Januar bis Oktober 49 Organspender. Von diesen wurden 161 Organe gespendet und transplantiert. 2014 gab es in Hessen 45 Organspender, von denen 170 Organe gespendet und transplantiert wurden.

Nicht nur in Hessen, auch in der gesamten Region Mitte stabilisierte sich die Zahl der Organspender im laufenden Jahr.

Die Region Mitte fasst die Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland zusammen. Wie die Deutsche Stiftung Organspende mitteilte, gab es dort von Januar bis Oktober 2015 insgesamt 93 Organspender, im gleichen Zeitraum des vergangenen Jahres waren es 86 Spender gewesen.

Positive Tendenz

„Damit ist zwar noch nicht die gleiche Anzahl von Spendern wie in den Jahren 2013 (=111) und 2012 (=116) erreicht, aber der Abwärtstrend ist gestoppt“, so Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen.

Insgesamt wurden von den 93 Organspendern in der Region Mitte im laufenden Jahr 307 Organe gespendet und transplantiert. Die Zahl ist nahezu identisch mit den gespendeten und transplantierten Organen im gleichen Zeitraum des Vorjahres (=311), allerdings lag deren Zahl in den Jahren 2013 mit 412 bzw. 2012 mit 415 noch deutlich höher.

Anzahl Spenderorgane gesunken

Bundesweit ist die Zahl der Organspender von Januar bis Oktober 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 3,2 Prozent von 713 auf 736 gestiegen. Damit zeichnet sich auch bundesweit erstmals seit vier Jahren nach einem deutlichen Rückgang wieder eine leichte Aufwärtsbewegung ab. Dies gilt



FOTO: Alexander Rahts - Fotolia.com

jedoch nicht für die Zahl der gespendeten Organe, die bundesweit im Vergleich zum Vorjahr um 1,8 Prozent auf insgesamt 2.455 Organe zurückgegangen ist.

Laut einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu „Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland“ sind 71 Prozent der Deutschen grundsätzlich zu einer Organspende bereit. Viele von ihnen haben jedoch ihren Willen nicht schriftlich festgehalten und auch ihre Angehörigen nicht darüber informiert.

Größere Bereitschaft zur Organspende

Dennoch ist positiv zu bemerken, dass die Zahl der Personen, die einen Organspendeausweis besitzen, seit 2012 in Deutschland steigt. Waren es 2012 nur 22 Prozent, hatten 2013 bereits 28 Prozent einen Organspendeausweis und 2014 stieg die Zahl der Personen mit einem solchen Ausweis auf 35 Prozent an. ■

BARRIEREFREIHEIT

Mehr rollstuhlgerechte Arztpraxen in Hessen



FOTO: RioPatuca Images - Fotolia.com

Immer mehr Arztpraxen in Hessen sind auf Menschen mit Behinderung eingestellt. So gab es 2015 3.747 rollstuhlgerechte Arztpraxen, 90 mehr als noch im vergangenen Jahr. Das geht aus einer Auswertung des Internetportals „vdek-Arztlotse“ hervor, welche die Selbstauskünfte von niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychologischen Psychotherapeuten in rund 12.700 hessischen Praxen wiedergibt. Der vdek-Arztlotse (www.vdek-arztlotse.de) ist ein bundesweites Angebot des Verbands der Ersatzkassen in Kooperation mit der Stiftung Gesundheit.

Zusätzlich geben 386 hessische Praxen an, dass sie über verstellbare Stühle und Liegen verfügen. Das ist zum Beispiel bei Untersuchungen von Menschen mit Behinderungen beim Zahnarzt oder beim Gynäkologen wichtig. 2014 waren es noch 342. Auch die Zahl der Behindertenparkplätze stieg im Vergleich zum Vorjahr um 154 auf derzeit 492. Ein positiver Trend ist auch bei barrierefreien Aufzügen in den Praxen zu vermerken: hier waren es 2014 noch 226, 2015 stieg die Zahl bereits auf 251 an. Ebenfalls gestiegen ist die Zahl der barrierefreien Toiletten: von 173 im vergangenen Jahr auf aktuell 190. Der vdek-Arztlotse und die Stiftung Gesundheit bieten mit 12 Kriterien zur Barrierefreiheit in diesem Bereich derzeit die detailliertesten Informationen bei der Arztsuche an.

BÜCHER

Unser Gehirn im Alter

Der bekannte Hirnforscher und Lernexperte Martin Korte räumt mit dem Mythos auf, dass unsere Denk- und Gedächtnisfähigkeiten im Alter vor allem schwinden. Zwar sind das mittlere und das höhere Alter Entwicklungsphasen mit bestimmten Eigenheiten und Schwächen, aber auch mit besonderen Fähigkeiten und Stärken, die wir erkennen und nutzen sollten. So wirkt sich auch die eigene Erwartungshaltung auf die geistige Leistungsfähigkeit im höheren Alter aus. Und das bedeutet: Wir können den Alterungsprozess unseres Gehirns (positiv) beeinflussen.



Martin Korte
Jung im Kopf: Erstaunliche
Einsichten der Gehirnforschung
in das Alterwerden
5. Aufl. 2012, 336 S., € 19,99
Deutsche Verlags-Anstalt,
München

Gesundheitswesen der Zukunft

Eine Vielzahl verschiedener Akteure ist an der deutschen Gesundheitspolitik beteiligt. Obwohl ihre Forderungen teilweise gegensätzlich sind, werden sie häufig mit demselben Argument begründet: dem Ziel der Qualitätssteigerung. Gesundheit 2030 ermöglicht einen Überblick über die jeweiligen Vorstellungen für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen der Zukunft. Dabei bieten Originalbeiträge von Akteuren aus Politik, Selbstverwaltung und Gesellschaft die Grundlage für politik- und kommunikationswissenschaftliche Analysen.



Bandelow/Eckert/Rüsenberg
(Hrsg.)
Gesundheit 2030
1. Aufl. 2009, 336 S., € 49,90
VS Verlag für Sozialwissen-
schaften, Wiesbaden

FOTOWETTBEWERB

vdek schreibt Fotowettbewerb zur „Selbsthilfe“ aus

Der bundesweite Fotowettbewerb des vdek widmet sich dem Thema „Was kann Selbsthilfe?“, um das breite Spektrum der Aktivitäten, Projekte, Initiativen und Gruppen einmal genauer abzubilden. Schließlich sind gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen für Millionen Menschen in Deutschland zu einer wichtigen Anlaufstelle geworden. Bilder von Studierenden und jungen Fotografen können bis zum 12. Februar 2016 eingereicht werden. Im Frühjahr 2016 werden die besten Beiträge prämiert. Es winken Preisgelder von insgesamt 8.000 Euro. Alle Informationen zum Wettbewerb, für den Bundesgesundheitsminister Gröhe die Schirmherrschaft übernommen hat, befinden sich unter http://www.vdek.com/ueber_uns/vdek-fotowettbewerb/selbsthilfe.html

WEIHNACHTSGRÜSSE

Erholsame Festtage!



Wir wünschen Ihnen und Ihren Lieben ein schönes Weihnachtsfest, besinnliche Feiertage und einen guten Rutsch. Möge das kommende Jahr für Sie ein erfolgreiches, rundum schönes und vor allen Dingen gesundes werden. Ihre vdek-Landesvertretung Hessen

STATISTISCHE GRUNDLAGEN

Neue „vdek-Basisdaten“ erschienen



Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen? Wie viel Prozent der jährlichen Leistungsausgaben entfallen auf Arzneimittel? Wie haben sich die Werte im Vergleich zum Vorjahr verändert? Antworten auf diese und weitere Fragen rund um das Gesundheitswesen liefern die „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens“. Die aktuelle Auflage gibt einen guten Überblick über bevölkerungs- und versichertenbezogene Kennzahlen sowie Finanz- und Strukturdaten der verschiedenen Versorgungsbereiche. So zeigen die Zahlen z. B., dass die Krankenhauskosten 2013 mit 64,2 Mrd. Euro den größten Ausgabenblock bilden. Zum Vergleich: für ärztliche Behandlungen wurden im gleichen Zeitraum 31,4 Mrd. Euro ausgegeben.

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Hessen des vdek
Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt/M.
Telefon 0 69 / 96 21 68-0
Telefax 0 69 / 96 21 68-90
E-Mail LV-Hessen@vdek.com
Redaktion Meinhard Johannides,
Saskia Powell
Verantwortlich Claudia Ackermann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239