

report hessen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2007

ersatzkassen

Neuer Krankenhausrahmenplan:

Landeskrankenhausausschuss stimmt dem Krankenhausrahmenplan 2009 zu

Mit der Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG 2002) wurde der Grundstein für die Entwicklung einer Krankenhausrahmenplanung auf Landesebene gelegt. Zugleich wurde die Strukturierung regionaler Versorgungskonzepte versorgungsnah auf regionale Krankenhauskonferenzen übertragen. Dabei wurden sechs Versorgungsregionen gebildet.

Die Erarbeitung des Krankenhausrahmenplanes 2009 durch das Hessische Sozialministerium erfolgte gemeinsam mit der Selbstverwaltung, also den Vertretern der Krankenhäuser und der Krankenkassen in Hessen. Auf dieser Grundlage können sich nun die regionalen Krankenhauskonferenzen darauf vorbereiten, zeitgleich mit Beendigung der Konvergenzphase 2009, planerisch mit aktualisierten Versorgungskonzepten auf Stand zu sein. Die Detailplanung wird in den regionalen Krankenhauskonferenzen von je sechs Vertretern der Kassen und der Krankenhäuser und einem neutralen Vorsitzenden geleistet. Diese erhalten aus dem Rahmenplan die für das entsprechende Versorgungsgebiet prognostizierten Bettenzahlen analog der Fachgebietsbezeichnung, die dann letztlich in einem sogenannten regionalen Versorgungskonzept umgesetzt werden sollen. Darin werden die einzelnen Krankenhäuser mit den entsprechenden Bettenkapazitäten und den vorzuhaltenden Fachabteilungen aufgeführt.

In dieser Ausgabe:

- **Neuer Krankenhausrahmenplan**
Landeskrankenhausausschuss stimmt dem Krankenhausrahmenplan 2009 zu
- **Ausweichstrategien der Krankenhäuser**
Auswirkungen auf die Krankenhausplanung
- **Mögliche Auswirkungen eines Einkaufsmodells der Kassen für Krankenhausleistungen**
- **Schiedsperson setzt Vergütung für Häusliche Krankenpflege für die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen fest**
- **Kurz berichtet**
- **Aktuelles**

Der jetzt entwickelte Krankenhausrahmenplan setzt auf dem ersten Rahmenplan des Jahres 2005 auf. Die erfolgte Überarbeitung beinhaltet die Einbeziehung geänderter Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss aufgestellten Kriterien zur Strukturierung der Versorgung in der Peri- und Neonatologie.

Der Landeskrankenhausausschuss als Gremium der unmittelbar an der Krankenhausplanung

Beteiligten auf Landesebene hat in seiner Sitzung am 05. Juli 2007 den Krankenhausrahmenplan 2009 beraten und diesen einstimmig beschlossen. Dies ist bemerkenswert, denn aufgrund einer neuen Bedarfsprognose ist damit der Abbau von Bettenkapazitäten in der Größenordnung von 3.500 Betten verbunden. Aus diesem Grund löst die Verabschiedung des neuen Krankenhausrahmenplanes nicht bei allen Krankenhausträgern nur Freude aus. Allerdings konnten auch nicht alle Vorstellungen der Krankenkassen umgesetzt werden.

Der einstimmige Beschluss ist aber ein Beweis für das Funktionieren der Selbstverwaltung.

Dass eine derartige Planung nicht mit allen Beteiligten konsensual und in Harmonie stattfinden kann, zumal der Rahmenplan dem Trend der letzten Jahre folgend, ein Kapazitätsabbau der Planungsgröße Bett beinhaltet, ist verständlich. Deshalb wird sich bei der Erarbeitung der regionalen Versorgungskonzepte das System von Rahmen- und Regionalplanung noch bewähren müssen.

DER KOMMENTAR

Wirtschaftsplan oder Planwirtschaft, wie oft werden diese Begriffe gebraucht oder auch missbraucht.

Unsere Wirtschaftsrosse verlangen von der jeweiligen Bundesregierung immer Planungssicherheit und günstige Rahmenbedingungen für die Wirtschaft. Wenn also unsere Wirtschaftsrosse planen (lassen), so hat das nichts, aber auch gar nichts mit Planwirtschaft zu tun.

Wenn Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten wollen, dann brauchen sie Planungssicherheit und günstige Rahmenbedingungen. So hört man es jedenfalls landauf, landab. Und warum soll ihnen dieser Wunsch auch nicht erfüllt werden? Kein Betrieb in unserem freien Wirtschaftsleben kommt umhin, für das bevorstehende Haushaltsjahr einen Haushaltsplan aufzustellen und dafür, wie auch für künftige Jahre, Investitions- und Bauvorhaben zu planen. Alle Welt plant also, aber – wie gesagt – Planwirtschaft ist das nicht!

Dies trifft auch auf die Krankenhausplanung in Hessen zu. Schon frühzeitig hat die Hessische Landesregierung dem ökonomischen Prinzip Raum gegeben, dass das Geld der Leistung folgen muss und deshalb die Pauschalförderung der Krankenhäuser durch Steuermittel des Landes auf die Leistung des jeweiligen Krankenhauses abgestellt. Damit wurden den hessischen Krankenhäusern frühzeitig günstige Rahmenvorgaben für den anstehenden und zunehmenden Wettbewerb gegeben.

Der Gedanke, Krankenhäuser in eine Wettbewerbssituation zu bringen, war für viele Krankenhausmitarbeiter gewöhnungsbedürftig und hat sich noch immer nicht in allen Köpfen als vorteilhaftes Prinzip etabliert. Allerdings haben sich die Patienten seit jeher über ihre guten wie schlechten Erfahrungen in Krankenhäusern ausgetauscht und damit Kundenverhalten wie auf dem Markt gezeigt. Nun ist es wahrlich keine Frage des Wettbewerbes, in welches Krankenhaus man sich als Kunde begibt, wenn man es im Falle eines Herzinfarktes, Schlaganfalles oder sonstigen Unfalles benötigt. Man ist froh, wenn man schnellstmöglich in das nächstliegende Krankenhaus transportiert wird und atmet auf, wenn dies nicht allzu lange dauert, so man noch bei Bewusstsein ist. Dies alles in der Erwartung und dem Vertrauen, dass die Akutversorgung überall gleich gut und qualitätsgesichert ist. Um dies zu gewährleisten, bedarf es gerade in einem Wettbewerbsszenario nicht nur der Datenerhebung zu Qualitätssicherungszwecken sondern auch der Planung von Krankenhauskapazitäten über das Land hinweg, von den Ballungsräumen bis hin in den ländlichen Bereich.

Planbare Eingriffe oder sonstige medizinisch ohne Zeitdruck erforderliche Maßnahmen – und auch hier haben wir es nicht mit Planwirtschaft zu tun – können für den Versicherten Anlass sein, sich ein Krankenhaus selbst auszusuchen, welches er für sich für geeignet hält. Er kann auch seinen behandelnden Arzt befragen oder seine Krankenkasse hier zu Rate ziehen. Der interneterfahrene Versicherte recherchiert auf dem Bildschirm, um Erkenntnisse für die Auswahl des geeigneten Krankenhauses zu erhalten. Datengrundlage hierfür sind Qualitätsberichte der Krankenhäuser selber, Suchmaschinen wie der www.Klinik-Lotse.de der Ersatzkassen, letztlich aber auch persönliche Informationen aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis. Qualität ist hier das Kriterium, Transparenz die große Herausforderung! Und wie so oft, hängt einmal wieder alles mit allem zusammen. Zu wenig Krankenhäuser sind nicht gut für den Wettbewerb, zu viele Krankenhäuser sind es auch nicht! Zu wenig Planung lässt Versorgungslücken entstehen – zu viel Planung erstickt sich selbst in der Überbürokratie.

Hessen liegt hier ziemlich gut im Optimum, ja Hessen liegt hier eigentlich vorn, nur so richtig gemerkt hat es noch keiner.



Dr. Hubert Schindler,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hessen

DRG bedingte Ausweichstrategien der Krankenhäuser und Auswirkungen auf die Krankenhausplanung

Die Oberziele der Krankenhausplanung und der Krankenhausfinanzierung sind die qualitative und wirtschaftliche Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen in den Ländern. Dabei spielt für den Zugang der Bevölkerung eine zumutbare Entfernung ebenso eine Rolle, wie aus Gründen der Versorgungsqualität die Zentrenbildung.

Das Setzen von Anreizen für einen stärkeren Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenhäusern führt zu Zielkonflikten, wie dies aufgrund des GKV-WSG auch verstärkt für die Krankenkassen gilt.

Zielkonflikte der Krankenkassen

Mit dem GKV-WSG wird beabsichtigt, ab dem Jahr 2009 die Krankenkassen mit einem einheitlichen Beitragssatz über den sogenannten Gesundheitsfonds zu finanzieren. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende Risikoadjustierung. Bei unvermeidbaren Mehrausgaben einer Krankenkasse kann die Sicherung der Finanzierung dann nur noch über eine Zusatzprämie erreicht werden. Diese zu erheben, wird jede Krankenkasse möglichst zu vermeiden suchen.

Etwa 95 % der Ausgaben einer Krankenkasse sind durch die Leistungsausgaben determiniert, wie beispielsweise die Begleichung von Krankenhausrechnungen (größter Kostenblock der GKV). Der Wettbewerbsdruck zwingt die einzelne Krankenkasse, eben auch diese Leistungen zu günstigeren Preisen „einzukaufen“.

Schon von jeher waren die Krankenkassen bestrebt, qualitativ gute Leistungen zu einem adäquaten Preis zu erhalten. Diese Bemühungen waren allerdings durch verschiedene Faktoren stark limitiert. Dazu zählen die eingeschränkten rechtlichen Möglichkeiten, die Budgets der Krankenhäuser auch in ökonomisch nachvollziehbaren Fällen abzusenken. So war es bislang, wenn einzelne Fachabteilungen oder Stationen geschlossen, also letzten Endes Leistungen nicht mehr erbracht wurden, nicht möglich, den entsprechenden Teil des Budgets zu reduzieren.

Wettbewerbslich orientierte Einkaufsmodelle haben zweifelsfrei ihren Charme. Allerdings besteht an dieser Stelle die Gefahr, dass sich das bisherige kollektivvertragliche Miteinander zu einem künftigen selektivvertraglichen Gegeneinander entwickeln könnte. Mögliche Auswirkungen eines Einkaufsmodells werden in dem nachfolgenden Beitrag aufgezeigt.

Bereits die Einführung der Integrierten Versorgung (I.V.), eröffnete den Krankenkassen die Möglichkeit, spezielle Leistungsbereiche, u.a. mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, separat zu vereinbaren und zu vergüten. Diese Möglichkeit wird seitens der Krankenkassen recht offensiv genutzt, da sich hierbei die Chance bietet, über die Sektorengrenzen hinweg eine qualitativ gute Leistung zu günstigen Preisen zu vereinbaren. Problematisch hierbei ist, dass beispielsweise die OP-Leistungen der Krankenhäuser nicht aus bestehenden Leistungsspektren und somit auch nicht aus bestehenden Budgets heraus gelöst werden. Sie können nur über bestehende Budgets hinaus vereinbart werden.

In der Konsequenz bedeutet dies, soweit für Krankenhaus A ein leistungs- und budgetneutraler I.V.-Vertrag (z. B. 100 zusätzliche Hüft-Endo-Prothesen) zustande gekommen ist, diese Leistungen de facto am Krankenhaus B nicht mehr anfallen können. Grund dafür ist, dass die Zahl der zu operierenden Hüftgelenke bei sachgerechter Indikationsstellung nicht „beliebig“ vermehrbar sind.

Auf diese Weise werden I.V.-Leistungen nicht mehr über die Krankenhausbudgets finanziert, sondern für die Einzelkasse kostengünstiger, aber ausserbudgetär eingekauft. Dies hat zur Folge, dass die bestehenden Budgets, beispielsweise des Krankenhauses B, entweder über die Mindererlösausgleiche weiter bedient, bzw. mit anderen Leistungen „aufgefüllt“ werden. Die dadurch entstehenden Mehrkosten werden letzten Endes von allen Krankenkassen bezahlt. Der dabei entstehende „Synergieeffekt“ bedeutet, dass Gewinne thesauriert und Verluste sozialisiert werden.

Kurzum, wer als Krankenkasse Leistungen preisgünstig einkaufen will, muss erst einmal mehr Geld auf den Tisch legen.

Zielkonflikte der Krankenhäuser

Spannungsfelder zwischen den Krankenhäusern werden sichtbar, wenn diese mit ihren Leistungsangeboten in der jetzigen Phase schon stark in vermeintliche ökonomische Nischen drängen. Dabei besteht die Gefahr, dass – ohne Berücksichtigung der Versorgungsqualität – intensiv Freiheiten genutzt werden, die sich durch die Fachabteilungsstruktur analog der hessischen Weiterbildungsordnung für Ärzte eröffnen.

Dazu muss man sich vor Augen führen, dass aufgrund der Änderung der hessischen Weiterbildungsordnung für Ärzte im Jahre 2005 bestehende Fachabteilungsstrukturen „untergegangen“ sind. Deren Leistungen werden nun unter anderen Fachabteilungen subsumiert. In Folge dessen wurde u. a. die Fachabteilung Orthopädie oder auch Unfallchirurgie unter dem Oberbegriff Chirurgie eingeordnet. Dadurch wurde das Leistungsspektrum unter den betroffenen Abteilungen wesentlich weiter gefasst. Dies macht eine Leistungsabstimmung unter den Krankenhäusern einer Region in der jeweiligen Krankenhauskonferenz nach wie vor notwendig.

Die Entwicklung zeigt aber insgesamt Umsetzungsschwierigkeiten bei der erforderlichen Leistungsabstimmung. So gibt es in einer mittelgroßen hessischen Stadt fast zeitgleich die Eröffnung zweier Darmzentren. Von abgestimmten Versorgungskonzepten kann hier noch keine Rede sein. Es ist davon auszugehen, dass z. B. die chronischen Darmerkrankungen, die Koloskopie- oder gar die Darmkrebshäufigkeit in dieser Region nicht verstärkt auftreten.

In vielen Krankenhäusern entwickelt sich ein breites operatives Leistungsspektrum, das von HNO-Operationen über Abdominalchirurgie und Wirbelsäulen Chirurgie bis zu urologischen Eingriffen reicht, ohne dass entsprechende Fachabteilungen eingerichtet werden. Auch ohne eine Fachabtei-

lung Neurochirurgie werden Bandscheibenoperationen von Krankenhäusern als neue Leistung – auch ambulant – angeboten, die bislang in der chirurgischen Grundversorgung tätig waren. Inwieweit sich solche, rechtlich nicht zu beanstandende Entwicklungen, im Einklang mit der Qualität der erbrachten Leistung befinden, lässt im Hinblick auf Mindestmengendiskussionen in unterschiedlichsten Bereichen ein kritisches Hinterfragen als sachgerecht erscheinen.

Durch die Krankenhausrahmenplanung in Hessen wird in diesem schwierigen Ausgangsszenario den sechs Krankenhauskonferenzen vor Ort die schwer lösbare Aufgabe auferlegt, die pro Fachabteilung benötigten Kapazitäten in der Versorgungsregion auf die Krankenhäuser zu verteilen. Hier sollen die Leistungsschwerpunkte innerhalb einer Fachabteilung (z. B. Innere, Kardiologie, Gastroenterologie, Infektionskrankheiten, Rheumatologie), aufeinander abgestimmt werden. Im Klartext heißt dies: Die Vertragspartner Krankenkassen sollen gemeinsam mit den Krankenhäusern, die sich ebenfalls untereinander in Konkurrenz befinden, über einvernehmliche Versorgungskonzepte abstimmen. Die Quadratur des Kreises erscheint dagegen einfacher. Aber die Verantwortlichen in den Konferenzen werden ihr Mögliches tun, ein sinnvolles und wirtschaftliches Versorgungskonzept zu erarbeiten. Inwieweit das immer einvernehmlich geschehen kann, sei dahin gestellt. Soll der Krankenhausrahmenplan mit Leben erfüllt werden, wird die Landesregierung wohl nicht umhin kommen, auch Entscheidungen zu treffen, die den bestehenden Interessen eines einzelnen Krankenhauses nicht gerecht werden. Hier gilt es Partikularinteressen im Kontext zum Gemeininteresse abzuwägen. Inwieweit es im Vorfeld von Landtagswahlen möglich ist, auch vermeintlich unangenehme Entscheidungen zu treffen, wird sich insbesondere in den nächsten Monaten zeigen.

Mögliche Auswirkungen eines Einkaufsmodells der Kassen auf Krankenhausleistungen

Im Jahr 2009 endet die Konvergenzphase, in der sich alle Krankenhäuser in Hessen an den landesweiten Basisfallwert als Berechnungsgröße für ihre Leistungen angepasst haben.

Da dieses Datum, an dem auch die Finanzierung der Krankenkassen mit Einführung des o. a. Gesundheitsfonds völlig neu definiert wird, näher rückt, macht man sich im BMG weiterführende Gedanken

um einen möglichen Bundesbasisfallwert (d. h. alle Krankenhäuser in Deutschland erhalten den gleichen Basisfallwert). Ein weiterer Ansatz ist die Abkehr vom bisherigen dualen Finanzierungssystem der Krankenhäuser (Betriebskosten = Kassen, Investitionen = Länder) zu einer monistischen Finanzierung (die Finanzierung der Investitionskosten soll von den Ländern auf die Kassen übergehen). Allerdings würde das nur funktionieren, wenn die Länder die derzeit verausgabten Fördergelder auf die Krankenkassen übertragen. Hinzu kämen zusätzliche Steuermittel zum Abbau des aufgelaufenen Investitionsstaus bei den Krankenhäusern, denn man kann nicht verlangen, dass alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen mit ihren Beiträgen noch zusätzlich Krankenhausbaumaßnahmen finanzieren, die jahrelang seitens der Länder aufgeschoben wurden. Dies impliziert einen weitgehenden Rückzug der Länder aus der Krankenhausplanung, die in der Konsequenz nur noch darin bestünde, den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen, indem eine Unterversorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen vermieden wird.

Der ordnungspolitische Rahmen wird damit neu definiert.

In dieser Gesamtdiskussion um den Umbau des Gesundheitswesens fällt zunehmend der Begriff „Einkaufsmodell“. Dieser beinhaltet, dass die Kassen frei verhandeln können, bei welchen Krankenhäusern die elektiven (planbaren) Leistungen für ihre Versicherten erbracht werden sollen. Ein mehr oder weniger großer Anteil der Versorgung – je nach Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen – würde nur noch in „Vertragskrankenhäusern“ der jeweiligen Kasse stattfinden. Nach den Regeln der „ökonomischen Kunst“ wird dies zu einer preisgünstigeren Leistung mit verbesserter Qualität führen, was sehr zu begrüßen ist.

Von Patientenvertretern dürfte kritisiert werden, wenn Entscheidungen allein aufgrund von Vorgaben zur Kostensenkung getroffen werden.

Wichtigste gewünschte Auswirkung des Einkaufsmodells ist, dass elektiv erbringbare Leistungen günstiger und qualitativ hochwertiger erbracht werden.

Vielfältige Szenarien sind allerdings in einem solchen Wettbewerbsumfeld zu berücksichtigen. Sie können sich positiv, negativ oder neutral auswirken und sind im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – stichwortartig aufgelistet.

- Der Abbau eines großen Teiles von Elektivleistungen kann ein Krankenhaus in wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen bzw. zur der gewollten Reduzierung der Krankenhausedichte führen
 - Es kann eine gewünschte Zentralisierung von Leistungen erreicht werden, die bisher in der Fläche erbracht werden. Damit kann eine qualitative Verbesserung der Versorgung erreicht werden
 - Behandlung bestimmter Erkrankungen nur in ausgewählten Krankenhäusern bedeutet eine Einschränkung der Krankenhauswahl, d.h. im positiven Sinne eine Konzentration auf Referenzzentren
 - Die Vorhaltekosten zur Erbringung wirtschaftlich nicht interessanter Leistungen steigen überproportional mit dem Ergebnis des Verzichts auf diese Leistungen
 - Nicht elektive Leistungen können „flächendeckend“ teurer werden
 - Verstärkter Trend zu Spezialkliniken zu Lasten der „Grundversorgung“; Länder müssen die Versorgung z. B. durch Eigenbetriebe sicherstellen (Sicherstellungsauftrag)
 - Krankenkassen mit begrenzter Marktmacht müssen die Elektivleistungen entweder teurer erbringen lassen, oder sich kooperationswillige Krankenhäuser suchen, die von den anderen Kassen bisher nicht unter Vertrag genommen wurden, bzw. mit den großen Kassen im Sinne einer Einkaufsgemeinschaft kooperieren
 - Der Trend zu Fusionen von Krankenkassen wird verstärkt bzw. es wird die politisch gewollte Reduzierung der Zahl der Krankenkassen forciert
 - Es können sich aus Poly- bzw. Oligopolen monopolistische Strukturen entwickeln, die dann unbeschränkt die Preise diktieren können. Dies gilt sowohl für die Nachfrage – wie auch die Anbieterseite.
- Spätestens wenn sich zwei Monopole gegenüber stehen, oder aber ein Ungleichgewicht herrscht, haben wir uns von einem von Vielfalt lebenden Gesundheitssystem verabschiedet. Mit dem Blick zu unseren britischen Nachbarn sollten die dortigen Schwierigkeiten im Gesundheitssystem als warnendes Beispiel dienen, um die positiven Auswirkungen wettbewerblicher Regelungen auf Sektoren zu erreichen, die dem Versicherten im Krankheitsfall einen erkennbaren Nutzen bringen.

SCHIEDSPERSON SETZT DIE VERGÜTUNG DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE FÜR DIE LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTPFLEGE IN HESSEN FEST – LÄUFT DER SCHIEDSSPRUCH INS LEERE?

Nachdem durch die Schiedsperson nach § 132a Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) mit Schiedsspruch vom 02.05.07 die Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung der Leistungen der Grund- und Behandlungspflege nach dem Rahmenvertrag festgesetzt worden sind, hat die Liga ihren Mitgliedsbetrieben am 18.06.07 empfohlen, dem Rahmenvertrag vom 01.01.2005 mittels Beitrittsvereinbarung beizutreten.

Die Krankenkassenverbände haben bereits am 30.05.07 vor dem Sozialgericht Wiesbaden den Antrag gestellt, den Schiedsspruch des Beklagten (der Schiedsperson) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, eine neue Entscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu treffen, da dieser gegen das gesetzliche Gebot des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität von Vergütungsvereinbarungen verstößt.

Jetzt aber hat das Gericht erst einmal zu prüfen, ob die Pflegedienste, die erst nach dem Schiedsspruch den Beitritt zum Rahmenvertrag erklärt haben, überhaupt in den Genuss der festgesetzten (strittigen) Vergütung kommen.

Da die Schiedspersonenregelung Bestandteil der Beitrittsvereinbarung ist, läuft nach Auffassung der Ersatzkassenverbände der Schiedsspruch vom 02.05.07 für die Pflegedienste ins Leere, die zu diesem Zeitpunkt noch keine Beitrittsvereinbarung abgeschlossen hatten.

Zum Wesen eines Schiedsverfahrens gehört es, dass die Beteiligten zum Zeitpunkt des Schiedsverfahrens feststehen. Die Möglichkeit einer nachträglichen Beitrittserklärung – und damit die Anerkennung der Schiedspersonenregelung – durch Dritte würde das Schiedsverfahren ad absurdum führen, da sich dann selbstverständlich nur jemand für den Schiedsspruch entscheiden würde, wenn er ihn als günstig empfindet. Ein Risiko, dass ein Schiedsspruch ungünstig ausfallen würde, bestünde dann für solche Pflegedienste nicht, da man dann eben auch keinen Beitritt erklären müsste. Im Klartext hieße das: Die Krankenkassen wären in jedem Fall an den Schiedsspruch gebunden; die ambulanten Pflegedienste könnten die Bindungswirkung des Schiedsspruchs für sie im Nachhinein davon abhängig machen, ob ihnen der Schiedsspruch gefällt oder nicht. Ein solches Verfahren lief dem gesetzlich vorgesehenen Schiedswesen von Grund auf zuwider.

Die Verantwortlichen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege müssen sich nun die Frage stellen, ob es klug war, ihren Mitgliedsbetrieben den Beitritt zum Rahmenvertrag erst im Juni 2007 zu empfehlen.



Zur häuslichen Krankenpflege gehört auch Blutdruckmessen und Medikamentengabe.

KURZ GEMELDET

Selbsthilfe-Kontaktstellen-Förderung – Quo Vadis?

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen (GKV) haben die Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen im Jahr 2006 mit insgesamt 561.317,87 Euro pauschalen und projektbezogenen Fördermitteln gefördert. Davon profitierten 18 Einrichtungen. In einer neuerlichen Veröffentlichung der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), Berlin, der NAKOS-Info 91, wurde hingegen fälschlich über ein Fördervolumen in Höhe von nur 352.029 Euro durch die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen berichtet.

Bereits in der Vergangenheit hat die NAKOS Fördervolumen veröffentlicht, die deutlich niedriger waren, als die tatsächlich von der GKV in Hessen den Selbsthilfe-Kontaktstellen zur Verfügung gestellten Fördermittel.

Bleibt die Frage, welche Absicht die NAKOS mit ihrer Art der „wissenschaftlichen Veröffentlichung“ verfolgt.

Unbestritten ist, dass es zur Umsetzung der im Gesetz vorgesehenen Selbsthilfeförderung noch einiger Maßnahmen bedarf. Um in diesem Bereich zu sachgerechten Lösungen zu kommen, ist es erforderlich, dass die Geldempfänger die Veröffentlichung von Zahlen und die damit einhergehenden „Bewertungen“ mit der notwendigen Genauigkeit und Transparenz vornehmen.

Wenn die gesetzlichen Krankenkassen – wie jetzt erneut in Hessen – ein ums andere Mal die durch die NAKOS veröffentlichten Zahlen als unwahr entlarven, fördern diese Veröffentlichungen nicht die gewünschte konstruktive Zusammenarbeit.

Regionaler Knoten Hessen:

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung, regionale Vernetzung und Koordination sind die Aufgaben des Regionalen Knotens Hessens. Der Regionale Knoten Hessen gehört einem Kooperationsverbund an. Dieser ist ein Verbundprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, der Krankenkassen und der Ärzte, der Wohlfahrtsverbände und weiterer Partnerorganisationen. Auch der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. unterstützt den Regionalen Knoten. Angesiedelt ist dieser bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) in Marburg.

Eine erste Großveranstaltung unter dem Titel „Gleiche Chancen für Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ fand am 28. Juni 2007 im Tagungszentrum Marburg statt.

In sieben Fachforen wurden unterschiedliche Projekte vorgestellt und diskutiert.

Die Folienvorträge der Veranstaltung stehen in Kürze zum Herunterladen unter www.vdak-aev/lv_hessen.de zur Verfügung.

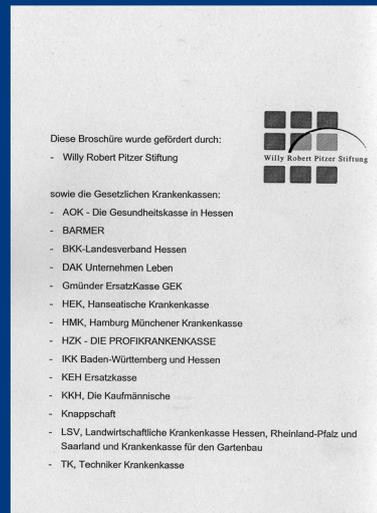
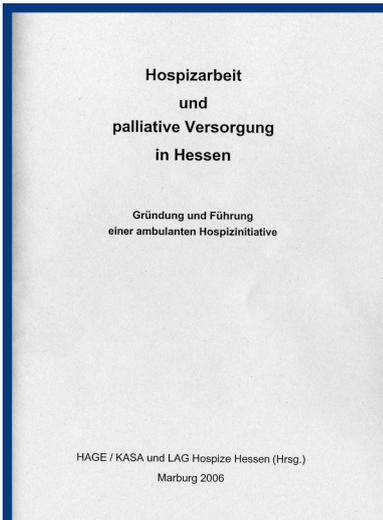
Aktuelles:

Nichtraucherschutz durch Rauchverbot wird Realität

Das Rauchen in Hessens Schulen, Kindertagesstätten und seitens der Tagesmütter ist bereits seit 2005 verboten. In erster Lesung wurde vor der Sommerpause des Hessischen Parlaments ein Gesetzentwurf zum Nichtraucherschutz nun parteiübergreifend beraten. Nach der Sommerpause ist mit einer zügigen Verabschiedung in zweiter und dritter Lesung zu rechnen, sodass das „Gesetz zum Nichtraucherschutz“ in Hessen voraussichtlich im Herbst 2007 in Kraft treten kann.

Auch in allen öffentlichen Einrichtungen des Bundes, im öffentlichen Personennahverkehr und in Bahnhöfen gilt ab 01. September 2007 ein grundsätzliches Rauchverbot; zugleich wurde im Jugendschutzgesetz die Altersgrenze für das Rauchen auf 18 Jahre angehoben. Das entsprechende Gesetz hat nach der Entscheidung im Bundestag nun am 6. Juli 2007 auch den Bundesrat erfolgreich passiert.

Die Ersatzkassen begrüßen diese Maßnahmen ausdrücklich.



Alles Wichtige über die „Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen“ ist in der abgebildeten Broschüre zusammengefasst. Die Broschüre wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen (LAG Hessen), der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V. (HAGE) und der KASA – Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung erstellt. Die Finanzierung der Broschüre haben die Willy Robert Pitzer Stiftung, zahlreiche Gesetzliche Krankenkassen sowie deren Verbände in Hessen sichergestellt.

Die 78-seitige Broschüre kann bei den fördernden Krankenkassen angefordert oder über das Internet unter www.vdak-aev.de/VdAKInternet_edit/VdAKInternet/LVen/HES/Presse/Presseerklarungen/200707 heruntergeladen werden.

Nachruf Ernst Reeg 1938 – 2007

Wir trauern um Ernst Reeg, den langjährigen Vorsitzenden des VdAK/AEV-Landesausschusses in Hessen, der am 14.07.2007 nach langer, schwerer Krankheit verstorben ist.

Neben seiner verantwortungsvollen Tätigkeit als DAK-Landesgeschäftsführer war er von 1995 bis 1998 auch Vorsitzender des VdAK/AEV-Landesausschusses Hessen, dem höchsten Beschlussgremium der Ersatzkassen auf Landesebene. Unter seinem Vorsitz wurden wegweisende Projekte wie beispielsweise die „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft – Vernetzte Praxen im Ried“, die „Schmerztherapievereinbarung“, und die Einführung von „Stroke-Units“ beschlossen. Ernst Reeg war auch alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Hessen.

Für seine langjährigen Verdienste für die gesetzliche Krankenversicherung und die Ersatzkassen wurde ihm im Jahr 1999 die VdAK-Verdienstmedaille überreicht.

Aus gesundheitlichen Gründen ging er Ende Mai 1998 in den Ruhestand.

Die Ersatzkassen und ihre Verbände VdAK und AEV sind Ernst Reeg für die geleisteten Dienste außerordentlich dankbar. Sie werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hessen, Dr. Hubert Schindler, würdigte den Verstorbenen und sprach der Witwe namens der Ersatzkassenverbände in Hessen sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein Mitgefühl aus.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

Walter-Kolb-Str. 9-11 · 60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 / 96 21 68-20 · Telefax: 0 69 / 96 21 68-21

E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de · Redaktion: Meinhard Johannides

Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler