

report hessen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

ersatzkassen

GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Was stimmt denn nun?

Die aktuelle Diskussion der Bundesländer Hessen, Baden-Württemberg und des Freistaates Bayern um die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform zeigt auf, dass noch immer viele Fragen offen sind. Schien doch eigentlich im Gesetzentwurf mit der 100 Mio.-Begrenzung dafür Sorge getragen, dass einzelne Bundesländer nicht übermäßig belastet werden, so wird dies durch das Gutachten des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel, vom Dezember 2006 in Frage gestellt. Demnach würden aus Hessen 700 Mio. Euro sofort abfließen, die für die Patientenversorgung dann nicht mehr zur Verfügung stünden. Die Kassen könnten diesen Betrag auch nicht mehr wett machen, denn alle ihre Einnahmen hat ja der Fonds bereits aufgesaugt.

Der Austausch der Argumente zwischen den o.a. Bundesländern und dem Bundesministerium für Gesundheit gleicht eher einem Schlagabtausch als einer konstruktiven Diskussion. Diese Härte in der Auseinandersetzung scheint aber auch angebracht, denn, so wie es aussieht, werden z.B. die hessischen Vertragsärzte bei Einführung des Gesundheitsfonds und der pauschalierten Entgelte merkbare Einnahmeverluste erleiden. Dafür wird die Mechanik des Gesundheitsfonds sorgen, die bewirkt, dass die Honorarzahungen aller Gesetzlichen Krankenkassen an alle Kassenärztliche Vereinigungen in einen einzigen Topf geworfen und daraus bundesweit einheitliche Pauschalen für alle Vertragsärzte in Euro berechnet werden sollen. Mit der o.a. Pauschalierung werden für Hausärzte

In dieser Ausgabe:

- GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
- Abrechnungsmanipulation
- Mitwirkungsrechte der Krankenkassen im Hessischen Rettungsdienst eine Farce?
- Frühförderung in Hessen – auf einem guten Weg?!
- Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung
- Fünf Jahre Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Ersatzkassen

wie auch für Fachärzte die derzeit bestehenden Honorarunterschiede zwischen den Bundesländern auf „0“ gebracht.

Rein theoretisch sieht das GKV-WSG zwar vor, dass von Land zu Land die Verbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Aufschläge für qualitativ besonders zu honorierende ärztliche Leistungen vereinbaren können. Aber der forcierte Wettbewerb der Kassen in einem unterfinanzierten Gesundheitssystem um die niedrigsten Zusatz-Beiträge bzw. Vermeidung derselben wird keinen Spielraum für zusätzliche Finanzmittel übrig lassen. Es besteht eher der Anreiz, mit einzelnen Ärztgruppen die Versorgung der Patienten preisgünstiger zu vereinbaren, als über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Nun kann man sich fragen, warum sich Krankenkassen um die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen Sorgen machen. Wird doch häufig in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, die Kassen würden die Ärzte eher zu kurz halten. Hintergründig trifft zwar zu, dass Kassen im Interesse ihrer Versicherten bemüht sind, die Versorgung für den Krankheitsfall möglichst günstig einzukaufen. Im Gegenzug sind natürlich die Leistungserbringer gemäß Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufs Höchste daran interessiert, für ihre Leistungen das bestmögliche Honorar zu erhalten. Dieses Geschehen wird in marktwirtschaftlicher Weise zwischen den Verhandlungspartnern, hier den Ersatzkassen und der KV Hessen auf dem Verhandlungswege ermittelt.

Die Honorarvereinbarungen zwischen den Ersatzkassen und der KV Hessen seit der Einführung der Budgetierung der Gesamtvergütungen im Jahr 1993 ist dadurch gekennzeichnet, dass die besonderen Bemühungen zum Erreichen einer rationalen und rationellen Arzneimittelversorgung durch eine entsprechende günstige Entwicklung der vertragsärztlichen Honorare über den bisherigen Zeitraum der Budgetierung gewürdigt wird.

Der Erfolg dieser Honorarpolitik lässt sich durch die Pro Kopf Ausgaben für Arzneimittel aufgrund erfolgreicher Qualitätszirkel-Arbeit der hessischen Vertragsärzte anschaulich darstellen. Insofern ist eine höhere Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen in Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern kein Zufallsergebnis sondern beruht auf einer nachvollziehbaren Vertragsphilosophie.

Weiterhin sind seit Einführung der Budgetierung in Hessen besondere Verträge extrabudgetär geschlossen worden, die einzelne Arztgruppen betreffen. So wird seit 1997 eine Reihe von ambulanten operativen Eingriffen in der medizinisch notwendigen Menge zu einem festen Preis von der Ersatzkassen bezahlt. Seit Juli 2001 wird die ambulante hausärztliche Versorgung von Palliativ-Patienten sowie geriatrischen Patienten mit den Pflegestufen II und III ebenfalls extrabudgetär zu festen Punktwerten honoriert. Durch diese finanziellen Investitionen werden zugleich auch nicht notwendige Krankenhausaufenthalte sowie Krankentransporte den Patienten erspart.

Es ist festzuhalten, dass die Ersatzkassen in Hessen mit einer kreativen Vertragspolitik seit vielen Jahren nennenswerte Beiträge für die Entwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen geleistet haben. Wenn die dafür erforderlichen Finanzmittel nun für die Kalkulation der neuen vertragsärztlichen Honorarpauschalen mit herangezogen werden, stehen sie logischerweise für die eingeführten strukturellen Maßnahmen nicht mehr zur Verfügung. Wie dem mit einer bislang noch überhaupt nicht transparenten 100 Mio. Belastungsgrenze für die Länder dann entgegen gehalten werden soll, ist derzeit noch nicht erkennbar. Genauso wenig ist erkennbar, wie ein budgetfreies Honorarsystem aussehen soll, das den Vertragsärzten feste Preise in Euro garantiert, der Morbiditätsentwicklung folgt und zugleich insgesamt nicht zu Mehrausgaben im Vergleich zu vorher führt. Bisher ist lediglich erkennbar, dass ein Kompromiss um desselben Willen gefunden werden soll. Und dies zu jedem Preis?

DER KOMMENTAR

Splitter aus Narhalla? – Keineswegs!

Es geht um die Gesundheitsreform, und das zu Weihnachten und zum Jahreswechsel.

Da hat sich doch die ganze Republik inzwischen darauf eingestellt, dass die Lohnnebenkosten nicht steigen dürfen, damit es mehr Arbeitsplätze gibt und damit die finanziellen Fundamente der Sozialsysteme wieder gefestigt werden. Deshalb sollte die Finanzierung unseres immer noch gut funktionierenden Gesundheitssystems von Löhnen und Gehältern abgekoppelt und darüber hinaus die Versicherten nicht mit höheren Zusatzkosten belastet werden. Nun müssen aber die Kassenbeiträge angehoben werden. Warum dies denn? Eigentlich nur deshalb, weil Staat aus der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen um die Mutterschaft aussteigt und dazu auch noch die Mehrwertsteuer anhebt. Selbst dem Narren bleibt hier das Lachen im Halse stecken.

Da wird ein ganzes Gesetz unter den Begriff der Wettbewerbsstärkung gestellt und in Wirklichkeit läuft ein umfassendes Verstaatlichungsprogramm an. Ob hier ein Narr noch lachen kann?

Da soll in den Ländern alles bleiben wie es ist, die Bürokratie soll abgebaut werden – alles soll vereinfacht werden – aber so einfach ist Gesundheitsversorgung dann auch wieder nicht. Wo ist jetzt nur der Narr geblieben?

Womöglich sitzt er unten am Mainufer und übt den neuen Karnevalsschlager: Fahr doch den Tanker ohne Anker!



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

Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen: Ersatzkassen gehen gemeinsam gegen schwarze Schafe vor

Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Kassenärztliche Vereinigung Hessen und Ersatzkassen verabreden bessere Zusammenarbeit

Der Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) haben jetzt vereinbart, zukünftig in regelmäßigen Treffen Informationen über die ihnen vorliegenden Erkenntnisse über Fehlverhalten und Abrechnungsmanipulation auszutauschen. Dies betrifft sowohl den Informationsaustausch und die Abstimmung des weiteren Vorgehens von bekannt gewordenen einzelnen Verdachtsfällen als auch erkennbar gewordene systematische Falschabrechnungen.

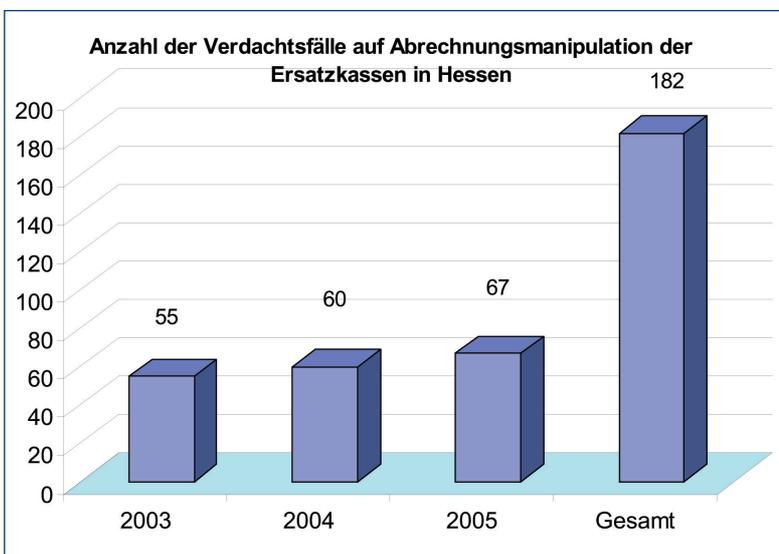


Mitglieder der Arbeitsgruppe „Abrechnungsmanipulation“ v.l.n.r.: Harald Heine, Barmer, Oliver Wist, KKH, Manuela Kathmann, TK, Frank Keller, TK, Erich Monse, VdAK/AEV (Koordinator), Andreas Ott, DAK, Hans-Michael Laun, KVH, Michael Steinbring, KVH und Jörg Hoffmann, KVH

Der Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation in Hessen setzt sich aus Vertretern der Mitgliedskassen des VdAK/AEV zusammen und wird von der Landesvertretung Hessen koordiniert. Die Vertreter der in der Aufstellung auf der nächsten Seite aufgeführten Mitglieder des Arbeitsausschusses sind zugleich auch Ansprechpartner für Personen, welche Fälle von

GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND FAZIT:

Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in Kraft getretenen gesetzlichen Regelungen sehen eine Zusammenarbeit vor. Nach § 197 a SGB V haben die Krankenkassen, wenn angezeigt, die Landesverbände, und die Spitzenverbände organisatorische Einheiten einzurichten, die Fällen und Sachverhalten nachgehen, welche auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige bzw. zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln schließen lassen. Eine korrespondierende Vorschrift für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen findet sich in § 81 a SGB V. Auch dort sind sowohl auf Ebene der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung als auch auf Ebene der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen organisatorische Einheiten einzurichten, welche Fällen von Fehlverhalten oder manipulativem Verhalten von Vertragsärzten/-zahnärzten nachzugehen haben. Ergeben die Überprüfungen einen Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung, z.B. betrügerische Abrechnungen von nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzlichen Krankenversicherungen, soll unverzüglich die zuständige Staatsanwaltschaft unterrichtet werden.



Grafik Fallzahl

Quelle: VdAK/AEV Landesvertretung Hessen

Kasse	MitarbeiterIn	Adresse	Ort	Telefon	Mail
Barmer	Markus Schell	Hahnstr. 31-35	60528 Frankfurt/M	018500 - 47-3367	Markus.schell@barmer.de
DAK	Andreas Ott	Walter-Kolb-Str. 1-7	60594 Frankfurt/M	069 - 96133211	Andreas.ott@dak.de
TK	Manuela Kathmann	Ruhrorter Str. 187	47119 Duisburg	0203 - 8095-131	Manuela.kathmann@tk-online.de
KKH	Oliver Wist	Karl-Wiechert-Allee 61	30625 Hannover	0511 - 28023801 bis 9	Oliver.wist@kkh.de
HMK	Harry Wenske	Rheinstr. 4	55116 Mainz	06131 - 1408500	Harry.wenske@hmk.de
GEK	Klaus Prescher	Kaiserleistr. 55	63067 Offenbach	069 - 80076313	Klaus.prescher@gek.de
VdAK/AEV Koordinator	Erich Monse	Walter-Kolb-Str. 9-11	60594 Frankfurt/M	069 - 962168-26	Erich.monse@vdak-aev.de

Fehlverhalten oder Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen melden wollen:

Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, Hinweise an die speziell hierfür eingerichtete E-Mail-Adresse Manipulationsabwehr@vdak-aev.de zu richten. Der Arbeitsausschuss in Hessen ist in den Jahren 2003 bis 2005 insgesamt 182 Verdachtsfällen nachgegangen. Dabei ist die Zahl der Verdachtsfälle in 2005 gegenüber dem Jahr 2003 um rund 22 % gestiegen.

Rund 44 % der Verdachtsfälle resultieren aus dem Leistungsbereich der Pflege und der häuslichen Krankenpflege. Darüber hinaus haben sich insbesondere Auffälligkeiten im Bereich der Krankengymnasten und der Physiotherapeuten sowie bei der Abgabe von Hilfsmitteln und bei Krankentransporten, aber auch bei Ärzten und Zahnärzten ergeben. Insgesamt konnten in den Jahren 2003 bis 2005 rund 1,1 Mio. € an Regresszahlungen zur Wiedergutmachung des entstandenen Schadens realisiert werden.

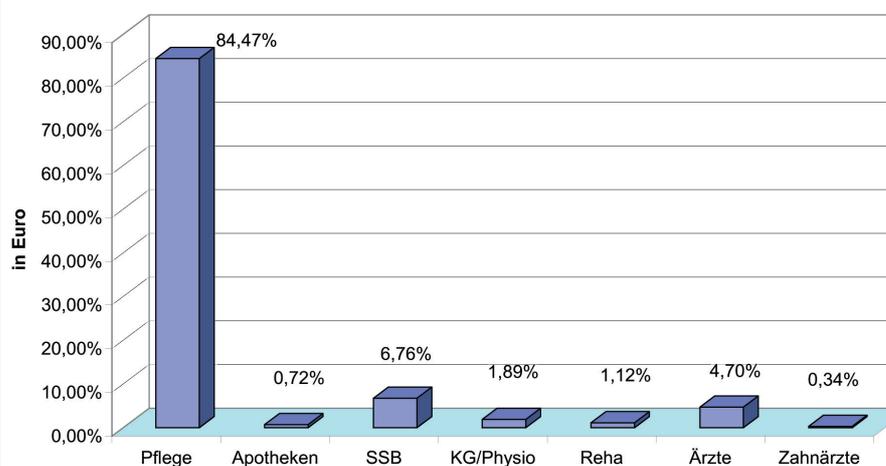
Rund 85 % des Rückzahlungsbetrages entfallen auf die im Rahmen der durchgeführten Qualitätsprüfungen festgestellten Unregelmäßigkeiten und Manipulationen in der Pflege und häuslichen Krankenpflege.

Dies entspricht einem Rückzahlungsbetrag von rund 900 Tsd. € allein in diesem Bereich. Weitere

FAZIT:

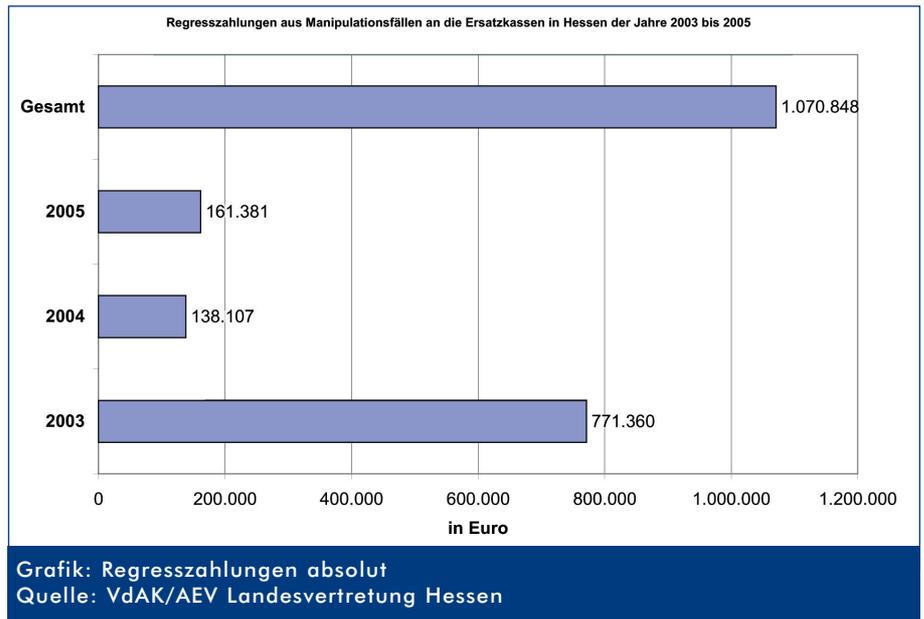
In den Fällen, in denen es bereits zu Falschabrechnungen oder betrügerischen Handlungen gekommen ist, ist eine vollständige Wiedergutmachung des eingetretenen Schadens – sofern erforderlich auch mit Hilfe der Strafverfolgungsbehörden – durchzusetzen. Jeder ist aufgerufen, ihm zur Kenntnis gebrachte Unregelmäßigkeiten und Betrügereien den genannten Stellen bei den Krankenkassen oder auch den Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und, sofern zutreffend, auch den Strafverfolgungsbehörden bzw. der Kriminalpolizei zu melden. Es muss Aufgabe aller im Gesundheitsbereich tätigen Institutionen sein, Abrechnungsmanipulation und damit die finanzielle Schädigung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zu verhindern.

Regresszahlungen aus Manipulationsfällen an die Ersatzkassen in Hessen 2003 bis 2005 nach Leistungserbringerguppen in %



Grafik: Regresszahlungen in %
Quelle: VdAK/AEV Landesvertretung Hessen

Regresszahlungen ergeben sich aus den Bereichen der Arzneiverordnungen (rund 80 Tsd. €), der Ärzte und Zahnärzte (rund 54 Tsd. €), der physiotherapeutischen und krankengymnastischen Leistungen (rund 20 Tsd. €) und der ambulanten Rehabilitation (rund 12 Tsd. €).



Mitwirkungsrechte der Krankenkassen im Hessischen Rettungsdienst eine Farce?

- Krankenkassen sollen trotz Millionengewinn der Veranstalter der Fußballweltmeisterschaft erhöhte Vorhaltekosten bezahlen!
- Gesetzgeber ist gefordert!

Nach der Entscheidung des Hessischen Verwaltungsgerichtshofes (VGH) vom September letzten Jahres haben die Krankenkassen bzw. ihre Verbände in der Konsequenz keine rechtlichen Möglichkeiten gegen die Beauftragung von Leistungserbringern durch die Träger des Rettungsdienstes, also die Landkreise und die kreisfreien Städte, etwa bei der Ausweitung von Vorhalteleistungen des Rettungsdienstes vorzugehen. Dies selbst dann nicht, wenn im Beauftragungsbescheid nicht bedarfsnotwendige oder unwirtschaftliche Leistungen enthalten sind. Der Hessische VGH begründet dies damit, dass die Mitwirkung der Kostenträger ausschließlich bei der Aufstellung und Fortschreibung der Bereichspläne in den Rettungsdienstbereichen nach § 22 Abs. 5 Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG) vorgesehen ist. Danach ist ein Einvernehmen mit den Leistungsträgern (Krankenkassen) anzustreben. Eine Beteiligung im Rahmen der Beauftragung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 HRDG, also bei der Umsetzung der Leistungserbringung ist dagegen den Regelungen des HRDG nicht zu entnehmen.

Aber gerade bei der Aufstellung und Fortschreibung der Bereichspläne wird gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 12 und 70 SGB V (Sozialgesetzbuch V)

und die Grundsätze einer sparsamen Wirtschaftsführung nach § 8 Abs. 3 HRDG verstoßen. Dies zeigt sich insbesondere im Rahmen der temporären Vorhalteerweiterung im Rettungsdienstbereich Frankfurt am Main im Zusammenhang mit der Fußball-WM für den Spielort Frankfurt. Mit Ausnahme für den direkten Veranstaltungsort WM-Stadion Frankfurt und den Bereich der Main-Arena (public viewing) sollen die gesetzlichen Krankenkassen und damit die Beitragszahler die höheren Vorhaltekosten in Höhe von über 1 Mio. € wegen des Besucheransturmes im Stadtgebiet für den Zeitraum der Fußball-WM übernehmen. Dies obwohl das Organisationskomitee und der Deutsche Fußballbund (DFB) nach Zeitungsberichten auch nach Abzug von Körperschafts- und Gewerbesteuern einen Gewinn von 56,6 Mio. € verbuchen konnten.

Die nach dem Gesetz zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Hessisches Rettungsdienstgesetz 1998 – HRDG) vorgesehene Stärkung der Mitwirkungsrechte der Krankenkassen bei der Aufstellung und Fortschreibung der Bereichspläne – siehe Gesetzesbegründung – gerät in diesem Zusammenhang zu einer Farce. Was war passiert? Der Rettungsdienststräger hatte im Bereichsausschuss unter dem Tagesordnungspunkt Verschiedenes lediglich informell darüber berichtet, dass die Vorhaltung von Rettungsdienstleistungen (24-Stunden-Bereitstellung) erhöht und zusätzliche Rettungsmittel beauftragt werden. Von einer Einbeziehung der Kostenträger in die Entscheidungen des Rettungsdienstträgers war überhaupt nicht die Rede, so

dass Mitwirkungsrechte achtlos übergegangen wurden. Das nach dem HRDG mit den Kostenträgern herzustellende Einvernehmen wurde zu keiner Zeit angestrebt.

Im Gegenteil: Den beauftragten Leistungserbringern wurde die Ausweitung der Vorhaltung mit Sofortvollzug im öffentlichen Interesse angeordnet. Im Rückblick ist festzustellen, dass Mehreinsätze in der „WM-Zeit“ überhaupt nicht angefallen sind.

Die Leistungserbringer haben zwischenzeitlich die Schiedsstelle angerufen. Eine endgültige Entscheidung über die Höhe der Forderungen der Leistungserbringer ist bisher noch nicht gefallen. Dies auch deshalb, weil ein ordnungsgemäßes Verfahren zur Fortschreibung der Bereichspläne nicht stattgefunden hat. Allerdings hat die Schiedsstelle nach den Ausführungen des Hessischen VGH lediglich die Höhe der Vergütung der rettungsdienstlichen Leistungen festzulegen. Dabei hat die Schiedsstelle nur zu prüfen, ob bei der Erbringung der Leistungen die Vorgaben des Bereichsplanes zur bedarfsgerechten Durchführung des Rettungsdienstes beachtet wurden und die konkrete Ausführung dieser Leistungen den Anforderungen an

eine wirtschaftliche Aufgabenerfüllung genügt. Eine Prüfung, ob sich die Festlegungen des Bereichsplanes zur bedarfsnotwendigen Rettungsdienstinfrastruktur außerhalb einer medizinischen Notwendigkeit oder eines vorhandenen Bedarfs bewegen oder wirtschaftlichen Grundsätzen widersprechen ist nicht Gegenstand der Verhandlungen über die Bemessung der Benutzungsentgelte und damit auch nicht Gegenstand eines Schiedsstellenverfahrens. Damit ist vorprogrammiert, dass die gesetzlichen Krankenkassen letztlich die „Zeche“ zahlen müssen.

Der vom Hessischen VGH vorgenommene Verweis auf die Mitwirkungsrechte der Kostenträger im Rahmen der Bereichsplanung und damit der unmittelbar kostenwirksamen Entscheidungen der rettungsdienstlichen Versorgung ist in der Praxis ein „stumpfes Schwert“. Nach Auffassung der Ersatzkassen ist der Gesetzgeber daher gefordert, umgehend gesetzliche Regelungen zu schaffen, welche den Krankenkassen bei der rettungsdienstlichen Planung stärkere Einflussmöglichkeiten sichern, um in Interesse der Versicherten und Beitragszahler effizientere Strukturen durchzusetzen.

Frühförderung in Hessen – auf einem guten Weg?!

Mit dem Inkrafttreten der Frühförderungsverordnung (FrühV) zum 1. Juli 2003 ist die Grundlage geschaffen worden, Leistungsspektren der Früherkennung und Frühförderung zuständigkeitsübergreifend als Komplexleistung zur Verfügung zu stellen. Die Inanspruchnahme von Leistungen aus einer Hand wird damit ermöglicht.

Zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung wurde zwischen den Verbänden der Krankenkassen in Hessen sowie dem hessischen Landkreistag und dem Hessischen Städtetag eine Vereinbarung geschlossen, mit der der ausdrückliche Wille der Vertragspartner bekundet wurde, das bereits bestehende flächendeckende und ortsnah gut ausgebaute Netz an Frühförderstellen zu erhalten.

Als Interdisziplinäre Frühförderstellen nach dieser Vereinbarung gelten Frühförderstellen, die zum einen eine Abrechnungsberechtigung für die medizinisch-therapeutische Versorgung im Sinne des § 124 SGB V haben **und** zum anderen eine Anerkennung durch die örtlichen Sozialhilfeträger auf der Grundlage der abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarung nach §§ 75 ff. SGB XII vorweisen können.

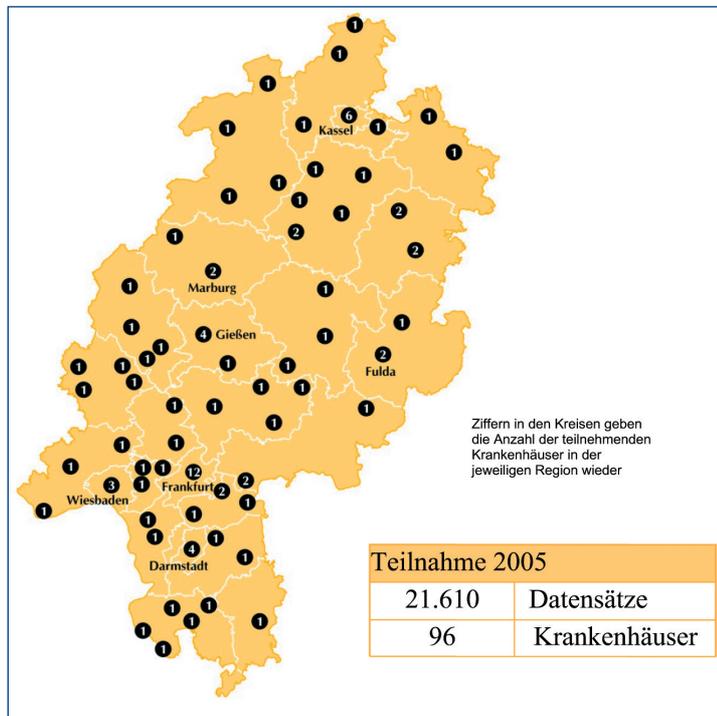
Als erste Einrichtung konnte jetzt die Frühförder- und Beratungsstelle Marburg (FFBS) des Kinderzentrums Weißer Stein in die Liste der Interdisziplinären Frühförderstellen aufgenommen werden. Sie definiert sozusagen den „Goldstandard“. Das bedeutet, dass alle Fachkräfte unter einem Dach zusammenwirken – es kann in der Tat die Inanspruchnahme von Leistungen aus einer Hand erfolgen.

Da in Hessen weitestgehend sogenannte interdisziplinär wirkende Frühförderstellen am Netz sind, die lediglich pädagogische Fachkräfte in Festanstellung vorhalten, können auch feste Kooperationen mit externen Therapeuten akzeptiert werden. Ein Muster für hessenweit verbindliche Kooperationsverträge wird derzeit vom Hessischen Sozialministerium erarbeitet und den Frühförderstellen zur Verfügung gestellt.

Gerade für Einrichtungen, die anders als beispielsweise das Kinderzentrum Weißer Stein, nicht alles „unter einem Dach“ haben, bleibt deshalb noch einiges zu tun. Die Verbände der Krankenkassen werden bei den jetzt anstehenden Prüfungen Wert darauf legen, dass eine besonders enge Zusammenarbeit von Pädagogen und kooperierenden Leistungserbringern aus dem Heilmittelbereich sichergestellt wird.

Qualitätssicherung in der Schlaganfall-Akutbehandlung

Seit 1997 nehmen hessische Krankenhäuser an einem von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) in Zusammenarbeit mit hessischen Schlaganfall-Experten entwickelten Qualitätssicherungs-Programm (QS) für die Schlaganfallbehandlung teil. Der Start erfolgte zunächst mit Neurologischen Abteilungen. Auf Basis der QS war es zunächst 1999 möglich, mit der Einführung von ausgewiesenen „Stroke Units“ die Behandlungsbedingungen wesentlich zu verbessern. Dies schlug sich dann auch in wesentlich besseren Behandlungsergebnissen für Schlaganfallpatienten nieder. Mit der Ausdehnung der QS, inzwischen auch auf alle internistischen Abteilungen der hessischen Krankenhäuser, siehe Grafik, kann von einer flächendeckend guten klinischen Schlaganfallversorgung in Hessen gesprochen werden. Immer wichtiger wird nun, durch Prävention, das Eintreten von Schlaganfällen zu reduzieren, so dass die Versicherten gesünder ins Alter kommen. Dafür ist meist mehr Bewegung und körperliches Abspecken Vor-



aussetzung. Apropos Abspecken: Die Zahl der zu dokumentierenden Items für die QS wird nun auch kräftig abgespeckt und damit Bürokratie abgebaut.

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR), der auch die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen angehört, hat 24 Qualitätsindikatoren zur Messung der Qualität in der Schlaganfallversorgung definiert.

Gemeinsam mit anderen Bundesländern (z. B. Bayern, Rheinland-Pfalz, Berlin usw.) werden ab nächstem Jahr die Indikatoren, welche die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darstellen, in einem strukturierten Verfahren gemäß definierter Anforderungen und Evidenz (u.a. systematischer Literaturreview mit 252 Originalarbeiten und 15 Leitlinien) entwickelt.

Die patientenbezogenen Indikatoren (siehe Tabelle) wurden im Rahmen einer prospektiven Machbarkeitsstudie auf Anwendbarkeit hin überprüft. Auf Grundlage der Studie wurde für 2007 ein Update

des in den Krankenhäusern angewendeten Dokumentationsbogens durchgeführt. Weiterhin soll ab dem kommenden Jahr in Hessen das Krankheitsbild der Subarachnoidalblutung (SAB) im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfasst werden. Nähere Informationen: www.gqhnet.de

Antithrombotische Therapie	Antiaggregation ≤ 48 Std. nach Ereignis Antiaggregation als Sekundärprophylaxe Antikoagulation bei Vorhofflimmern
Durchführung einer Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall	
Hirngefäßdiagnostik bei Hirninfarkt und TIA	
Screening für Schluckstörungen	
Frühzeitige Rehabilitation	Physiotherapie/Ergotherapie Logopädie
Frühzeitige Mobilisierung	
Information des Patienten und des sozialen Umfelds	
Krankenhaussterblichkeit Tag 7 nach akutem Schlaganfall	
Pneumonierate nach Schlaganfall	
Anteil Patienten mit Bildgebung	
Frühe systemische Thrombolysse	

Fünf Jahre Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Ersatzkassen in Hessen

- Anzahl der geförderten Dienste hat sich verdreifacht
- Fördersumme erreicht bald die 500.000 €-Grenze und hat sich vervierfacht

In allen westeuropäischen Ländern erreichen immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter. Diese an sich sehr erfreuliche Tatsache hat aber auch eine Schattenseite: mit steigender Lebenserwartung nehmen die Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) sowie Krebserkrankungen zu.

Gerade in der letzten Phase des Lebens ist das Aufrechterhalten der Lebensqualität für den Einzelnen ein hochwertiges Ziel. Hierzu gehört der Wunsch vieler Menschen, diese Lebensphase in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbringen zu können.

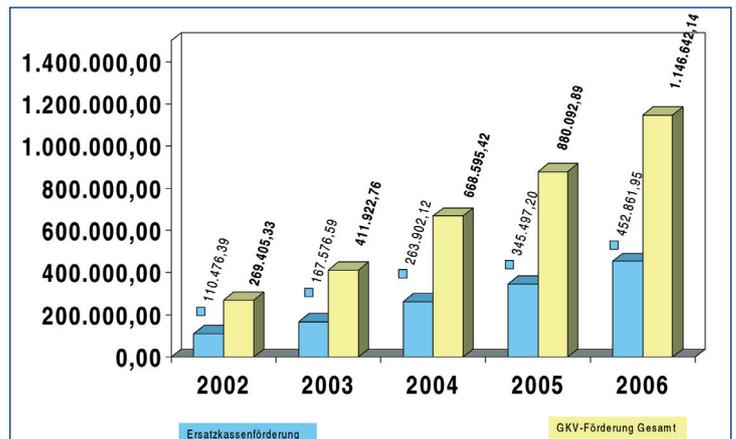
Schon seit langer Zeit haben sich die Ersatzkassen und ihre Verbände für eine Förderung ambulanter Hospizdienste ausgesprochen. Seit dem Jahre 2002 wird diese Förderung mit jährlich steigenden Beträgen vorgenommen.

Inzwischen sind die Förderbeträge für das fünfte Förderjahr ausgezahlt und wir stellen fest, dass sich die Zahl der geförderten ambulanten Hospizdienste verdreifacht und die Fördersumme in dem Fünf-Jahres-Zeitraum von 2002 bis 2006 sogar vervierfacht hat. Konnten im Jahre 2002 lediglich 11 ambulante Hospizdienste gefördert werden, so stieg deren

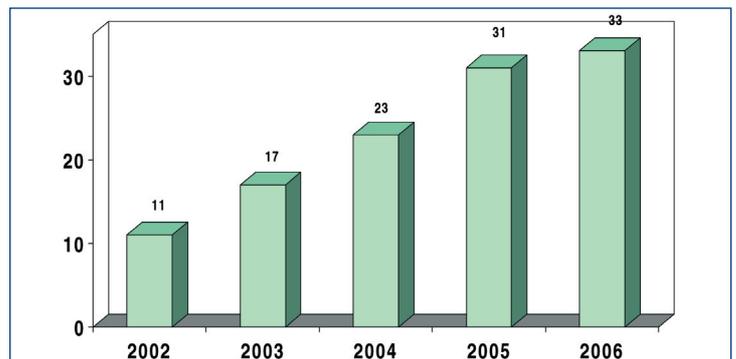
Zahl im Jahr 2006 auf 33.

Die Fördersumme seitens der Ersatzkassen in Hessen lag 2002 bei ca. 110.500 € und ist inzwischen auf über 450.000 € im Jahr 2006 angestiegen.

Voraussetzung für die Förderung ambulanter Hospizdienste ist u.a., dass diese mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und von einer qualifizierten Fachkraft mit mehrjähriger Erfahrung



Förderung ambulanter Hospizdienste in Hessen durch die Ersatzkassen/GKV in den Jahren 2002 - 2006 in Euro



Anzahl der von der GKV geförderten ambulanten Hospizdienste in Hessen 2002 - 2006



geleitet werden. Durch die ambulanten Hospize in Hessen wird das Angebot der stationären Hospizeinrichtungen ergänzt. Ambulante Hospizdienste, die die Voraussetzungen für eine Förderung erfüllen und für das Jahr 2007 eine Förderung beantragen möchten, können diesen Antrag bis zum 31.03.2007 stellen. Antragsformulare sind bei der Landesvertretung Hessen der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV, Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt/M. erhältlich.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

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

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

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

Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler