

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ZUKUNFT der kommunalen Kliniken | REGIERUNGSBILDUNG in Hessen | INTERVIEW mit dem vdek-Verbandsvorsitzenden | ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE ab 1.1.2014 | ORGANSPENDEBREITSCHAFT stärken

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2013

MARKTENTWICKLUNG

Ersatzkassen in Hessen bleiben Marktführer

BARMER GEK

Technische Krankenkasse

DAK

Gesundheit

KICK

HEK

hkk



Die Ersatzkassen in Hessen konnten ihre Spitzenposition bei den Versichertenzahlen 2013 weiter ausbauen. Von 5,12 Millionen gesetzlich versicherten Menschen in Hessen sind 2,36 Millionen bei den sechs Ersatzkassen versichert. Der prozentuale Anteil der Ersatzkassenversicherten, also aller Mitglieder plus kostenfrei mitversicherter Familienangehöriger, hat sich damit auf 46,07 Prozent erhöht. Im Vergleich zum Vorjahr steigerte sich die Zahl der Mitglieder der Ersatzkassen in Hessen von 46,79 Prozent auf 47,11 Prozent. Auch bundesweit bleiben die Ersatzkassen 2013 mit mehr als 26 Millionen Versicherten und einem Marktanteil von 37,2 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung in Führung. Die positive Entwicklung macht deutlich, dass die hessischen Bürger die Qualität, die Versichertennähe sowie den engagierten und individuellen Service der Ersatzkassen honorieren.

KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Kommunale Kliniken in Hessen – ein Auslaufmodell?

Zu viele Operationen, mangelnder wirtschaftlicher Erfolg – die deutschen Krankenhäuser stehen aktuell massiv in der Kritik. Die Prüfung kommunaler Kliniken durch den hessischen Landesrechnungshof hat bestätigt, was Experten schon lange sagen.

Hofheim, Bad Soden, Frankfurt, Offenbach – die finanzielle Lage kommunaler Kliniken in Hessen ist fatal. So fatal, dass im September 2013 der Main-Taunus-Kreis einen Zuschuss von acht Millionen Euro zahlen musste, um die Liquidität der Main-Taunus-Kliniken zu wahren. In der Diskussion steht noch viel mehr: Der Kreis soll die gesamten Schulden der Kliniken von ca. 100 Millionen Euro übernehmen. Die defizitäre Offenbacher Klinik wurde zum 1. Juli 2013 an den Sana-Konzern verkauft, der nun eine Streichung von 350 Stellen angekündigt hat.

Die Krankenhausversorgung erfolgt in Hessen derzeit durch 142 Krankenhäuser mit zum Teil mehreren Standorten. Die Betriebskosten der Krankenhäuser in Deutschland werden von den Krankenkassen übernommen, die Investitionskosten werden durch Fördermittel der Bundesländer getragen. Der Anteil der kommunalen Träger an den Kliniken in Hessen beträgt 49 Prozent. Die restlichen Kliniken werden von freigemeinnützigen (26 Prozent) und privaten (25 Prozent) Krankenhausträgern betrieben. Besonders im

Rhein-Main-Gebiet gibt es (zu) viele Kliniken und damit auch viel Konkurrenz.

Prüfbericht des hessischen Landesrechnungshofes

Im Mai 2013 hatte der hessische Landesrechnungshof einen Prüfbericht vorgelegt, der sich im Kern mit der Frage auseinandersetzt, ob kommunale Kliniken ihren Versorgungsauftrag zukünftig ohne Zuschüsse von ihren kommunalen Trägern erfüllen können. Der Bericht, der die Jahre 2009 bis 2011 untersucht, hat in einer „vergleichenden Prüfung“ acht kommunale und Kreiskliniken analysiert und Auswege aus der Entwicklung aufgezeigt, um die finanziell klammen Städte und Kreise zu entlasten.

Dabei wurden die Kliniken aus Kassel, Fulda, Wiesbaden, Frankfurt, Offenbach und Darmstadt sowie des Hochtaunuskreises und Main-Taunus-Kreises untersucht. Die Verluste, ohne die teilprivatisierte Klinik in Wiesbaden, addierten sich 2011 auf rund 79 Millionen Euro, wobei lediglich ein Krankenhaus schwarze Zahlen geschrieben hatte.



Prestigeobjekte um jeden Preis?

FOTO vdek



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

Jeder verantwortliche Regionalpolitiker möchte „sein“ kommunales Krankenhaus erhalten. Ob es hierfür im Sinne der Patientenversorgung einen echten Bedarf gibt und, noch viel wichtiger, ob die Versorgung gut und transparent ist, wird zumeist nicht hinterfragt. Vielmehr wird allenthalben die vermeintliche Unterfinanzierung durch die Krankenkassen beklagt. Das Land hält sich sowohl bei der Verantwortung für eine ausreichende Investitionskostenübernahme als auch bei einer am wirklichen Bedarf orientierten Krankenhausplanung, die Qualitätsgesichtspunkte in den Vordergrund stellt, zurück. Aus den Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene ist zu hören, dass der Qualitätsaspekt stärker in den Fokus rücken soll. Dies begrüßt der vdek ausdrücklich, hätte sich jedoch mehr Mut zu weiter reichenden Maßnahmen gewünscht (vgl. IGES-Gutachten vom 11.11.2013). Ferner ist geplant, „die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung weiter zu gewährleisten“. Die erforderliche Verknüpfung mit dem tatsächlichen Bedarf und der Behandlungsqualität wird leider wieder nicht eingefordert. Damit teure Prestigeobjekte nicht nur aufgrund des Beharrens handelnder Politiker unter dem Deckmantel der Sicherstellung erhalten werden, muss ein Umdenken einsetzen. Dies käme den Patienten zugute, und nur um deren Interessen geht es.



Das Hauptproblem der kommunalen Kliniken besteht aus Sicht des Landesrechnungshofes darin, dass sich selbst benachbarte Krankenhäuser als Konkurrenten betrachten und entsprechend agieren. Die Leistungsangebote der Kliniken werden dabei in zu geringem Maße aufeinander abgestimmt. Der hessische Rechnungshof empfiehlt den defizitären kommunalen Kliniken, einen regionalen Verbund zu bilden, Zentralisierungen und eine Reduzierung der Betten auf ein notwendiges, geringeres Maß. Er hat in verschiedenen Szenarien dargelegt, dass es bei einer regionalen Bündelung im Rhein-Main-Gebiet durch einen Verbund der dortigen Kliniken und durch Reduzierung der Bettenzahl um 500 möglich wäre, schwarze Zahlen zu schreiben.

Lösungsmöglichkeiten

Die vdek-Landesvertretung in Hessen fordert schon lange, dass die Versorgungsangebote der Kliniken aufeinander abgestimmt werden. Wenn zwei benachbarte Krankenhäuser die identische Fachabteilungsstruktur mit den gleichen Schwerpunkten anbieten, entstehen unnötigerweise doppelte Vorhaltekosten. Um am Markt weiter bestehen zu können, werden die Kliniken in Zukunft nicht nur wirtschaftlich arbeiten, sondern vor allem auch die Qualitätsstandards erfüllen müssen. Solche Umstrukturierungsmaßnahmen führen nicht zu einer verschlechterten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern können durch den fehlenden Konkurrenzdruck zwischen den Häusern die Fokussierung auf den Patienten stärken.

Eine von der hessischen Landesregierung vorgeschlagene Holdingstruktur für die kommunalen Kliniken in Hessen könnte dementsprechend kostendeckend arbeiten. Bei einem solchen Modell würde das Versorgungsportfolio der Kliniken sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Jeder Teilnehmer des Verbundes müsste auch finanziell weniger lukrative Versorgungsbereiche übernehmen, die gesamte Holding

könnte dies aber ausgleichen. Das Holdingkonzept wurde von den Verantwortlichen der kommunalen Kliniken in Hessen bisher jedoch nicht auf breiter Front aufgegriffen. Grund hierfür könnte sein, dass sich im Falle der Umsetzung die politischen Machtverhältnisse verschieben würden.

»Die Versorgungsangebote der Kliniken müssen aufeinander abgestimmt werden.«

Zusätzlich ist eine ausreichende Investitionsmittelförderung durch das Land nötig, da zurzeit ein Teil dieser Kosten von den Krankenhäusern selbst erwirtschaftet werden muss. Diese Förderung wurde durch die Länder in den letzten Jahren jedoch kontinuierlich reduziert. 2013 lagen die entsprechenden Fördermittel des Landes Hessen nur noch bei ca. 220 Millionen Euro. Zum Vergleich: Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2013 alleine in Hessen 5,1 Mrd. Euro für stationäre Krankenhausbehandlungen ausgegeben.

Insofern spricht viel dafür, dass die kommunalen Kliniken ihr Management weiter professionalisieren müssen. Die Entscheidung, wie es mit den defizitären Kliniken weitergeht, ist vor allem eine politische. Auch die neue hessische Landesregierung wird ein Augenmerk auf die kommunalen Kliniken richten müssen. ■



FOTO: wesen/hewerd - Fotolia.com

VERANSTALTUNG

Wird in Deutschland zu viel operiert?



FOTO www.leserzeitung.de

TEILNEHMER: (v.l.n.r.) Prof. Wolfgang Daecke, Klaus Reichert, Silke Möhring und Claudia Ackermann

Laut Statistischem Bundesamt haben sich chirurgische Eingriffe im Bereich der Endoprothetik (Gelenkersatz Knie, Hüfte) sowie der Wirbelsäule von 12,1 Mio. (2005) auf 15,4 Mio. (2011) um ein Viertel erhöht, die Zahl der Wirbelsäulen-OPs hat sich im gleichen Zeitraum sogar verdoppelt (Quelle: Bundesregierung, Drucksache 17/14555). Vor diesem Hintergrund hatte das Klinikum Frankfurt-Höchst gemeinsam mit Kooperationspartnern am 18.11.2013 zum „6. Höchster Kamingsgespräch“ eingeladen. Das Thema der vom Moderator Klaus Reichert geführten Podiumsdiskussion lautete: „Wird in Deutschland zu viel operiert?“. Teilnehmer waren der Chefarzt der Orthopädie des Klinikums Höchst, Prof. Wolfgang Daecke, die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann und von der Verbraucherberatung Hessen Rechtsanwältin Silke Möhring. In der lebhaften Diskussion beantworteten Frau Ackermann und Frau Möhring die im Diskussionsthema gestellte Frage mit einem klaren „Ja“. Prof. Daecke widersprach, da

nach seiner Ansicht insbesondere medizinischer Fortschritt und eine älter gewordene Bevölkerung als Ursachen anzusehen sind. Die Leiterin der vdek-Landesvertretung stellte fest, dass es sich bei orthopädischen Operationen um hoch vergütete Eingriffe handelt, mit deren Umsätzen Kliniken den stetigen Rückgang der Investitionskostenförderung durch das Land auszugleichen versuchten. Es könne sein, dass in Kliniken teilweise wirtschaftliche Interessen die Versorgung der Patienten bestimmen. Das Europäische Parlament hat sich bei seiner Abstimmung im Oktober 2013 nicht auf ein europaweites, einheitliches Zulassungsverfahren für Medizinprodukte verständigen können. Dies wurde von allen Teilnehmern der Diskussionsrunde kritisch bewertet. Eine klare Entscheidung hierzu hätte den Patienten sehr geholfen, die z. B. einen Gelenkersatz oder ein anderes Medizinprodukt benötigen. Von allen Podiumsteilnehmern wurde die Einrichtung des Endoprothesenregisters begrüßt, das nach einer Testphase, an der auch das Klinikum Höchst beteiligt war, ab 1.1.2014 in den Regelbetrieb geht. Mit den Erkenntnissen aus diesem Register ließen sich mittelfristig gute und weniger gute Medizinprodukte besser unterscheiden und die Versorgungsqualität der Versicherten deutlich steigern.

LANDESPOLITIK

Nach zähem Ringen Regierungsbildung in Sicht



FOTO Hessischer Landtag - Kandel

REGIERUNGSBANK: Noch unbesetzt

Die hessischen Bürgerinnen und Bürger haben gewählt und doch ist nichts entschieden. Die Landtagswahlen in Hessen vom 22. September 2013 haben viele Möglichkeiten offen gelassen: Schwarz-Rot, Rot-Rot-Grün, Schwarz-Grün. Fest stand zunächst nur: Die noch amtierende Koalition aus CDU und FDP hat keine Mehrheit mehr. Zwar haben die Parteien schon kurz nach dem Wahltermin mit Sondierungsgesprächen begonnen, es bestand jedoch zunächst keine große Eile, da die konstituierende Sitzung des neu gewählten Landtags erst am 18. Januar 2014 stattfindet. Ende November haben nun CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Koalitionsverhandlungen mit dem Ziel einer ersten schwarz-grünen Koalition in einem Flächenland aufgenommen.

Die Auswirkungen des Wahlergebnisses auf die hessische Gesundheitspolitik sind noch nicht zu erkennen. Im Wahlkampf wurden Gesundheitsfragen nur am Rande thematisiert, in der neuen Legislaturperiode stehen in Hessen dennoch wichtige Entscheidungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege an. Aus Sicht der Ersatzkassen muss zukünftig die Versorgungsqualität stärker in den Fokus rücken. Die vdek-Landesvertretung Hessen unterstützt u. a. die auf Bundesebene geforderten Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung und fordert die zukünftige Landesregierung gleichzeitig auf, für eine Umstrukturierung und eine verlässliche Steuerfinanzierung der Klinikinvestitionskosten einzutreten. Eine weitere wichtige Forderung bleibt aus Sicht der Ersatzkassen die Rückkehr zur vollen Beitragssatzautonomie der Krankenkassen, die im Rahmen der Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene nun aufgegriffen wurde. Ob sich beide Parteien wie von ihnen geplant bis Weihnachten auf einen Koalitionsvertrag einigen können, werden die nächsten Wochen zeigen. Es bleibt also spannend in Hessen.

Nicht weniger, sondern wieder mehr Selbstverwaltung

Zurück zur bewährten Rollenverteilung: Der Staat setzt den gesetzlichen Rahmen in dem sich die Selbstverwaltung in finanziellen und strukturellen Fragenstellungen wieder eigenständiger „bewegen“ kann.

Christian Zahn, Verbandsvorsitzender des vdek, zur Finanzierung im Gesundheitswesen.

vdek Herr Zahn, die Ärzteschaft fordert eine grundlegende Finanzreform. Brauchen wir die überhaupt?

Christian Zahn Die Bundesärztekammer fordert die Kopfpauschale. Mit der ist schon Angela Merkel gescheitert. Denn sie ist unsozial, weil sie die niedrigen Einkommen stärker belastet als die hohen. Richtig ist: Wir brauchen stabile Finanzen. Und wir haben ein strukturelles Problem zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Trotz guter Wirtschaftslage hat die Politik bisher nicht die Kraft zu Reformen gefunden, die bewirken, dass sich diese Schere schließt. Das AMNOG und mit ihm die Einführung einer frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel nehme ich da aus. Doch auch dieses liefert noch nicht die erwarteten Einsparungen.

vdek Aber die Kassen sind doch übervoll?

Christian Zahn Ja, weil Versicherte und Arbeitgeber zu viel Beitrag gezahlt haben. Die gesamtwirtschaftliche Situation war deutlich besser als erwartet und der staatlich festgesetzte Beitragssatz von 15,5 Prozent daran gemessen zu hoch. Hätten die Krankenkassen wie früher den Beitragssatz selbst bestimmt, wäre er geringer gewesen. So aber haben sich Rücklagen aufgebaut, die die Politik verführt haben, Geschenke zu verteilen und den Bundeszuschuss zu kürzen. Die Kürzungsbeiträge fließen in den Bundeshaushalt. In diesem und im nächsten Jahr zusammen genommen sechs Milliarden Euro. Deshalb ist eine unserer zentralen Forderungen an die neue Bundesregierung: weg

mit staatlich festgelegten Beiträgen, her mit der vollen Beitragssatzautonomie für die Kassen!

vdek Was können die Kassen denn besser als der Staat?

Christian Zahn Die Kassen können den Beitragssatz auch unterjährig anpassen und damit schneller reagieren als der Staat. Ausgabenseite und Einnahmenseite gehören in eine Hand. Die Selbstverwaltung hat es bislang immer geschafft, hier einen vernünftigen Ausgleich herzustellen. Die Aufgabe der Selbstverwaltung ist es, den Leistungskatalog auszugestalten und die Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern praxisnah vertraglich zu regeln. Die Aufgabe des Staates ist, hierfür einen verlässlichen rechtlichen Rahmen zu setzen. In den letzten Jahren erleben wir aber, dass die Politik den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung mehr und mehr einengt. Gegipfelt hat das in der staatlichen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2007. Die fortgesetzte Beschneidung der Selbstverwaltungskompetenz kann nicht gut gehen. Denn die Politik ist selbst nicht in der Lage, bessere Lösungen zu produzieren.

vdek Wie meinen Sie das?

Christian Zahn Zum einen denkt Politik in Vier-Jahres-Zeiträumen. Das tun wir nicht. Zum zweiten ist Politik nicht verlässlich. Das sehen wir am Bundeszuschuss. Zum dritten: Im Gesundheitswesen gibt es massive Verteilungskonflikte. In der gemeinsamen Selbstverwaltung werden



Foto: vdek

CHRISTIAN ZAHN Verbandsvorsitzender des vdek

diese austariert. Das ist nicht einfach und manchmal treffen wir uns auch nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner. Der ist dann aber an der Sache orientiert und tragfähig. Bei politischen Lösungen müssen häufig Kalküle einbezogen werden, die mit dem Sachproblem nichts zu tun haben. Im Gesundheitswesen brauchen wir mehr Kontinuität und Verlässlichkeit.

vdek Der vdek tritt für die paritätische Finanzierung ein. Die gibt es doch schon lange nicht mehr!

Christian Zahn Rechnerisch stimmt das. Heute zahlen die Versicherten mehr als die Arbeitgeber. Wir stemmen uns aber bewusst gegen eine Politik, die den Versicherten immer größere Belastungen zumuten möchte. Häufig geschieht dies unter dem Deckmantel „Stärkung der Eigenverantwortung“. Wir möchten aber die gemeinsame Verantwortung stärken. In der paritätischen Finanzierung der Sozialsysteme drückt sich die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für unseren Sozialstaat aus. Aus der sollte sich niemand heraus schleichen. Nicht zuletzt profitieren auch die Arbeitgeber davon: Die Sozialsysteme tragen auch heute noch viel zur Attraktivität des Wirtschaftsstandortes Deutschland bei. ■

Einsparpotenziale nutzen – Kosten senken!

Im Vergleich zum Bund stiegen die Nettoumsätze sowie die Verordnungsvolumina in Hessen seit 2010 stärker an. Zu beobachten ist eine kontinuierliche Annäherung der hessischen Nettoumsätze und Verordnungsvolumina an die höheren Werte des Bundesgebiets. Dieser Trend muss umgekehrt werden.

Steigende Arzneimittelausgaben sind auch in Hessen ein seit vielen Jahren zu beobachtendes Phänomen. Dies gilt trotz der gesetzlichen Rabattregelungen und inzwischen vielfach bestehender Rabattverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen.

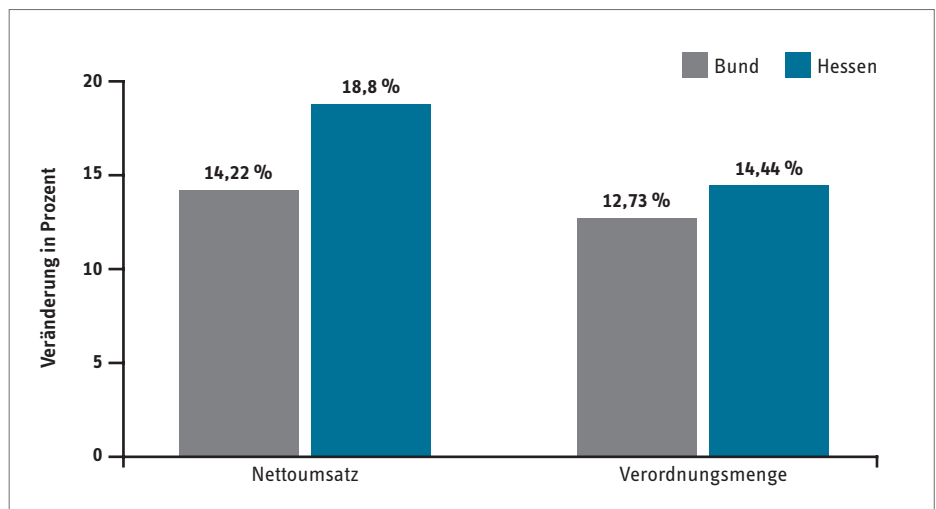
Die Entwicklung in Hessen

Das GKV-Arzneimittel Schnellinformationssystem (GAmSi-Statistik) des GKV-Spitzenverbands zeigt für Hessen zwischen 2007 und 2011 eine Steigerung sowohl der Nettoumsätze, also der Ausgaben der Krankenkassen nach Abzug der gesetzlichen Rabatte und Zuzahlungen, als auch des Umfangs der verordneten Tagesdosen (Verordnungsvolumina) für Arzneimittel. So sind die Nettoumsätze in diesem Zeitraum in Hessen um 18,80 Prozent (Bund: 14,22 Prozent) gestiegen, die verordneten Tagesdosen um 14,44 Prozent (Bund: 12,73 Prozent).

Von 2007 bis 2009 stiegen die Nettoumsätze stärker an als die verordneten Tagesdosen. Dieser Trend konnte durch den vom Gesetzgeber beschlossenen höheren Rabatt, den pharmazeutische Unternehmen der GKV vom 1. August 2012 bis zum 31. Dezember 2013 gewähren müssen, gestoppt werden. Da dieser Rabatt ab 2014 wieder gesenkt werden soll, ist erneut mit deutlich steigenden Arzneimittelkosten zu rechnen.

Einsparpotenziale in Hessen

Ein wichtiges Instrument zur Arzneimittelkostensenkung ist laut Arzneiverordnungs-Report 2013 eine weitere Erhöhung



STEIGERUNG DES NETTOUMSATZES und der Verordnungsmenge von Arzneimitteln 2007 - 2011, Hessen vs. Bund (Quelle: GKV-Arzneimittel Schnellinformationssystem ((GAmSi-Statistik) des GKV-Spitzenverbands).

der Verordnungen von Generika. Gemessen an den Nettoumsätzen in Hessen sank der Anteil von Generika im Gesamtmarkt laut GAmSi-Statistik zwischen 2008 und 2011 von 33,2 Prozent auf 31,4 Prozent und lag damit durchgängig unter den Zahlen für die gesamte Bundesrepublik (33,5 Prozent/32,8 Prozent). Im generikafähigen Markt (Fertigarzneimittel der Erstanmelder und zugehörige Generika nach Ablauf der Schutzfrist) liegt der Anteil der Nettoumsätze von Generika in Hessen zwischen 2007 (79,7 Prozent) und 2011 (76,4 Prozent) zwar durchgehend leicht über den Bundeswerten, es zeigt sich aber eine rückläufige Entwicklung.

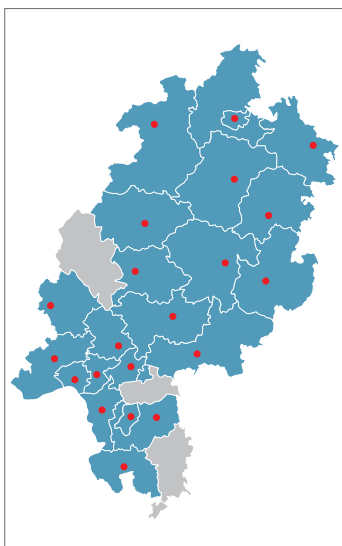
Positiv ist, dass in Hessen zwischen 2007 und 2011 sowohl im Gesamtmarkt als auch im generikafähigen Markt der Anteil der durch Ärzte verordneten Generika stets leicht über den Zahlen der gesamten GKV im Bund lag. 2007 lag der Anteil der Verordnungen von Generika im Gesamtmarkt in Hessen bei 66,5 Prozent

(generikafähiger Markt 83,4 Prozent). 2011 waren es im Gesamtmarkt bereits 72,8 Prozent (generikafähiger Markt 87,7 Prozent). Um weitere Arzneimittelkosten einzusparen, muss dieser Verordnungsanteil weiter gesteigert werden.

Grundsätzlich existiert laut Arzneiverordnungs-Report 2013 für den deutschen Arzneimittelmarkt ein großes Einsparpotenzial. Für das Jahr 2012 waren dies ca. 3,7 Mrd. Euro, die nicht realisiert wurden. Der Report sieht dabei die größten Einsparpotenziale im Bereich der Analogpräparate (ca. 2,5 Mrd. Euro). Relevante Preisunterschiede gegenüber dem Ausland bestehen mittlerweile weniger bei neu zugelassenen Arzneimitteln, sondern betreffen überwiegend das bestehende Angebot. Aus Sicht des vdek muss daher die Nutzenbewertung von Arzneimitteln des Bestandmarktes konsequent vorangetrieben werden, nicht zuletzt, weil die Pharmaindustrie die hohen Kosten patentgeschützter Arzneimittel vielfach nicht begründen kann. ■

Pflegestützpunkte – Eine erste Bilanz

Foto: vdeh, LV Hessen, eigene Grafik



STANDORTE der Pflegestützpunkte in Hessen

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom März 2008 wurde die Einführung von Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten ermöglicht. Nachdem das Hessische Sozialministerium durch eine Allgemeinverfügung vom Dezember 2008 die Einrichtung von zunächst einem Pflegestützpunkt in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt in Hessen beschlossen hatte, wurden bis 2012 insge-

samt 23 Pflegestützpunkte eingerichtet (siehe Karte).

Der nun vorgelegte Bericht des Steuerungsausschusses zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Hessen vom 1. Oktober 2013 zieht eine erste Bilanz der Errichtung und Arbeit dieser Pflegestützpunkte.

In den Pflegestützpunkten, die in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den Kommunen entstanden, wird zur Dokumentation und Auswertung der Arbeit eine hessenweit einheitliche und abgestimmte Software verwendet. Die Auswertung der gesammelten Daten zeigt einen großen Bedarf an qualitativ hochwertiger Beratung in der Bevölkerung. Rund 12.000 Menschen haben die Pflegestützpunkte 2011 und 2012 telefonisch anonym kontaktiert und darüber u. a. eine Vermittlung von Angeboten oder Seelsorge erhalten. Weitere 9.618 Menschen haben in diesem Zeitraum eine qualifizierte Beratungsleistung in Anspruch genommen. Auf der Suche nach Rat für Angehörige und Freunde haben sich 3.408 Menschen an die Pflegestützpunkte gewandt. Schwerpunkte waren dabei vor allem Fragen zur ambulanten Versorgung und zu Pflegeleistungen.

Die trägerneutrale Beratungskompetenz der Pflegestützpunkte hat erheblich dazu beigetragen, dass die Angebote von der Bevölkerung angenommen wurden. Damit haben die Kostenträger der Pflegestützpunkte ein unabhängiges Beratungsangebot nach dem gesetzgeberischen Willen geschaffen. Darauf gilt es nun in den folgenden Jahren aufzubauen und den eingeschlagenen Weg konsequent fortzuführen.

Honorarvertrag Ärzte 2013 vereinbart

Die Verbände der Krankenkassen in Hessen haben im November unter Einbeziehung einer Teilentscheidung des Schiedsamtes eine Einigung mit der Kassenärztlichen Vereinigung über den Honorarvertrag 2013 erzielt. Im Kern sieht dieser eine moderate Steigerung der Gesamtvergütung der hessischen Ärzte auf 2,46 Mrd. Euro vor.

Wegweiser bei Behandlungsfehlern

Zum Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle, an die sich Versicherte bei einem Behandlungsfehler wenden können, wurde ein neuer Wegweiser mit Hinweisen und Erläuterungen veröffentlicht, der unter www.laekh.de heruntergeladen werden kann.

Selbsthilfe-Projektförderung

Die hessische Fördergemeinschaft von TK, DAK-Gesundheit und HEK hat auch 2013 wieder umfangreiche kassenindividuelle Fördermittel bereitgestellt. Damit werden Projekte gefördert, die der Selbsthilfe zu Gute kommen. Aus diesen Mitteln wurde u. a. die Veranstaltung der Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt zum Thema Depression im Frankfurter Römer am 8.11.2013 gefördert. In deren Verlauf wurden mehr als 180 Besuchern Fachvorträge präsentiert und Informationen der Selbsthilfegruppen zum Thema angeboten.

Verbesserte Pflegeleistungen jetzt flächendeckend

Nach langwierigen und schwierigen Verhandlungen zu den häuslichen Betreuungsleistungen haben die Verbände der Pflegekassen in Hessen mit den etwa 500 privatgewerblich organisierten Pflegediensten und vielen freigemeinnützigen Pflegediensten der Liga der Freien Wohlfahrtspflege für alle Seiten ein gutes Ergebnis erzielt. Für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können verbesserte Pflegeleistungen in Hessen nunmehr flächendeckend angeboten werden. Die vereinbarten Leistungen der häuslichen Pflege werden als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ erbracht. Diese umfassen insbesondere Begleitung, Beschäftigung und Beaufsichtigung der Pflegebedürftigen und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen und seiner Familie.

PRÄVENTION

Kassenartenübergreifende Zertifizierung von Präventionskursen ab 2014

FOTO: illu-design - Fotolia.com



Mehr Bewegung, eine gesündere Ernährung und der richtige Umgang mit Stress helfen Krankheiten zu verhindern oder zu lindern. Aus diesem Grund bezuschussen die gesetzlichen Krankenkassen die Teilnahme an Präventionskursen u. a. in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung. Zur Qualitätssicherung der

Kurse werden die Qualifikationen der Kursanbieter überprüft. Erfüllt ein Kursangebot alle Qualitätskriterien, erfolgt eine Zertifizierung als „Gütesiegel“.

Ab 1. Januar 2014 werden Präventionskurse und Kursanbieter bundesweit zentral und kassenartenübergreifend in der Zentralen Prüfstelle Prävention auf Qualität geprüft. Bisher wurde diese Prüfung von jeder Krankenkasse separat durchgeführt.

Hierzu hat der vdek eine Kooperationsvereinbarung mit dem BKK Dachverband, der IKK classic, der IKK Brandenburg und Berlin, BIG direkt gesund, der Knappschaft und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau angestoßen und abgeschlossen. 40 Millionen Versicherte und die Kursanbieter profitieren vom bundesweiten Prüfverfahren: In einer Online-Datenbank, die von den beteiligten Krankenkassen auf deren Homepages eingestellt werden kann, werden in Zukunft die für alle teilnehmenden Krankenkassen zertifizierten Kurse aufgelistet und sind somit für Versicherte schnell, einfach und kostenfrei auswählbar.

SELBSTHILFEFÖRDERUNG

Neuer Leitfaden ab 2014

FOTO: GKV-SP



Zum 1. Januar 2014 tritt der neue Leitfaden zur Selbsthilfeförderung des GKV-Spitzenverbandes in Kraft. Er entstand in Zusammenarbeit mit

den Verbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe. Dafür wurden die Grundsätze zu den Inhalten und zur Verteilung der Mittel der Selbsthilfeförderung überarbeitet, um die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gezielter und bedarfsgerechter unterstützen zu können.

Im Leitfaden wurden Erkenntnisse und Erfahrungen der Krankenkassen und deren Verbänden bei der Vergabe der Selbsthilfefördermittel in den letzten Jahren berücksichtigt. Dies sind zum Beispiel eine klarere Definition von Bundes- und Landesorganisationen der Selbsthilfe, der Umgang mit Dachorganisationen sowie die Möglichkeit einer Rückforderung und der Überprüfung der Verwendung von Fördermitteln.

In zwei Abschnitten werden einerseits die Richtlinien der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung) und andererseits der kassenindividuellen Förderung (Projektförderung) dargestellt. Der Leitfaden beinhaltet beispielsweise Informationen zur Antragstellung, Mittelvergabe, zum Nachweis der Mittelverwendung und den förderfähigen Ausgaben. Der neue Leitfaden zur Selbsthilfeförderung kann auf der Homepage der vdek-Landesvertretung Hessen kostenfrei heruntergeladen werden.

NACHRUF

VdK-Landesvorsitzender Udo Schlitt verstorben

FOTO: VdK Hessen-Thüringen



UDO SCHLITT

Udo Schlitt, der langjährige Landesvorsitzende des Sozialverbands VdK Hessen-Thüringen und Vizepräsident des VdK Deutschland, ist Anfang September nach kurzer schwerer Krankheit im Alter von 66 Jahren verstorben. Er war seit 1997 Landesvorsitzender des VdK Hessen-Thüringen und seit 2006 Vizepräsident des VdK Deutschland.

Udo Schlitt hat sich mit großem Engagement und viel Leidenschaft für soziale Belange eingesetzt. Neben seiner Tätigkeit im VdK war er u. a. ehrenamtlich für den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband aktiv und stellvertretendes Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen. Er wurde für sein Wirken mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande und dem Hessischen Verdienstorden am Bande ausgezeichnet.

Die vdek-Landesvertretung Hessen wird Udo Schlitt als engagierten und verlässlichen Ansprechpartner in Erinnerung behalten.

BÜCHER

Sterben im Krankenhaus

Die meisten Menschen in Deutschland verbringen ihre letzten Lebens-tage nicht zu Hause, sondern in Krankenhäusern. Welche Versorgungs- und Betreuungsqualität bieten Krankenhäuser den Sterbenden heute? Mit welchen Zielkriterien soll diese weiterentwickelt werden? Antworten bietet die „Gießener Studie zu den Sterbebedingungen in Krankenhäusern“. Wissenschaftler und Praktiker beschreiben die Situation, identifizieren relevante Einflussfaktoren und stellen konkrete Handlungsempfehlungen vor.



George, Dommer und Szymczak (Hrsg.)
Sterben im Krankenhaus. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen
2013, 280 S., € 29,90,
Psychosozial-Verlag

Zukunft des Gesundheitswesens

Glauben Sie, dass Sie sich eine umfassende Gesundheitsversorgung 2020 noch leisten können? Gesundheit ist unser höchstes Gut – es darf keine Zeit vergeudet werden, weil die gesellschaftlichen Herausforderungen drängen und unsere Ressourcen begrenzt sind. Die Autoren zeigen Schwachstellen und künftige Herausforderungen unseres Gesundheitswesens auf und beschreiben mögliche Lösungswege. Dabei werden ethische, rechtliche, versorgungspolitische, gesundheitsökonomische und machtpolitische Zusammenhänge dargestellt und erklärt.



Dr. Bodo Klein und Michael Weller (Hrsg.)
Masterplan Gesundheitswesen 2020
2012, 225 S., € 39,-,
Nomos Verlagsgesellschaft

GESUNDHEITSKARTE

Behandlung nur noch mit neuer eGK

Wer seiner Krankenkasse noch kein Foto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) geschickt hat, sollte dies schnellstens nachholen. Denn ab Januar 2014 gilt grundsätzlich nur noch die neue eGK als gültiger Nachweis für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. So wurde es z. B. zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband für Besuche bei niedergelassenen Ärzten vereinbart. Die neue eGK wird erstellt, sobald der Versicherte sein Foto per Post oder online an die Krankenkasse geschickt hat. Wer ab 1.1.2014 mit seiner alten Karte zum (Zahn-)Arzt geht, muss innerhalb von zehn Tagen nach Behandlung einen gültigen Versicherungsnachweis vorlegen. Andernfalls kann der (Zahn-)Arzt die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

VIEL GLÜCK

Frohe Feiertage!



FOTO: www.lasertrend.de

Die vdek-Landesvertretung Hessen wünscht allen Leserinnen und Lesern erholsame Feiertage und einen guten Start in ein gesundes neues Jahr! Wir freuen uns darauf, Sie auch 2014 über die gesundheitspolitischen Entwicklungen in Hessen zu informieren. Ihre vdek-Landesvertretung Hessen

ORGANSPENDE

Spendebereitschaft geht massiv zurück

FOTO: DSO, Paul Bistchoff



Seit dem „Organvergabeskandal“ um manipulierte Krankenakten in mehreren Transplantationszentren ist die Zahl der Organspenden massiv zurückgegangen. In Hessen nahm die Zahl der Organspender von Januar bis Oktober 2013 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 15,5 Prozent ab. Auch wenn sich die Werte wieder etwas stabilisiert haben, muss das Vertrauen in das System der Organspende weiter zurück gewonnen werden. Der vdek befürwortet auch deshalb die Forderung des Vorstands der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Dr. Rainer Hess, im „ersatzkasse magazin. 09./10.2013“ nach Einführung eines Transplantationsregisters. Ein solches Register würde die Überwachung und Überprüfung der Organvergabe erleichtern und zu mehr Transparenz führen. In Deutschland warten über 11.000 Personen auf eine Organspende.

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
Verantwortlich Claudia Ackermann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239