

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE AUSBLICK AUF 2015 vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner im Interview | RETTUNGSDIENST in Hessen | AUSTAUSCH Gesundheitspolitischer Abend der Ersatzkassen | PALLIATIVVERSORGUNG in Hessen

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . DEZEMBER 2014

e G K

Gesundheitskarte mit Bild ab 2015 Pflicht



GRAFIK gematik GmbH

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden: Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist rechtmäßig. Weder die Fotopflicht noch der eingebaute Speicherchip verletzen laut Urteil vom 18.11.2014 die Versicherten in ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Az: B 1 KR 35/13 R).

Die alten Versichertenkarten ohne Foto verlieren definitiv am 31.12.2014 ihre Gültigkeit – unabhängig davon, welches Gültigkeitsdatum darauf vermerkt ist. Ab 1.1.2015 müssen die Versicherten z.B. bei einem Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt immer ihre elektronische Gesundheitskarte mitbringen, da die Leistungen ansonsten nicht mehr mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Informationen zum Antragverfahren einschließlich Übermittlung des Fotos gibt es auf den Internetseiten der Ersatzkassen.

RETTUNGSDIENST

Schnellere und bessere Hilfe muss nicht mehr kosten

Die Kosten für den Rettungsdienst steigen in Hessen wie bundesweit regelmäßig und überdurchschnittlich. Um den Patienten möglichst schnell und effektiv zu helfen, braucht man jedoch nicht immer mehr Geld und neue Fahrzeuge.

Verletzung, Unfall, Herzinfarkt: Im Notfall kommt der Rettungswagen. In weniger als zehn Minuten soll hierzulande medizinische Hilfe vor Ort sein, so sieht es das hessische Rettungsdienstgesetz vor. Die Einsätze des öffentlichen Rettungsdienstes mit extra dafür ausgerüsteten Fahrzeugen, sogenannte Rettungstransportwagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW), sowie eigens ausgebildetem Fachpersonal, Notärzten und Rettungspersonal, sind Teil des umfangreichen Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das heißt, die Kosten für den Notfalleinsatz werden direkt mit der zuständigen Krankenkasse verrechnet. Organisatorisch allerdings gehört der Rettungsdienst gemeinsam mit der Feuerwehr und der Polizei zur öffentlichen Gefahrenabwehr.

Die Folge getrennter Verantwortlichkeiten beim öffentlichen Rettungsdienst – einerseits kommunale Planungshoheit und andererseits Finanzierung durch Beitragsgelder der GKV – sind unwirtschaftliche Strukturen. Der Einfluss der „Zahler“ (Krankenversicherung) auf die Planung, die den Großteil der Kosten verursacht, ist

damit leider äußerst gering. Derweil sind die Kosten in den vergangenen zehn Jahren um über 30 Prozent gestiegen, ohne dass die vom Gesetzgeber geforderten Standards überall gewährleistet sind. Deshalb wird von kommunaler Seite noch mehr Geld für zusätzliche Fahrzeuge gefordert. Möglichkeiten, durch Veränderungen bei Organisation und Technik eine Verbesserung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu erreichen, bleiben hierbei ungenutzt. So ist alleine die Tatsache, dass es in Hessen immer noch 25 Feuerwehr- und Rettungsdienstleistungstellen gibt, obwohl technisch die Etablierung von fünf bis sieben leistungsfähigeren Regionalleistungen möglich wäre, kaum erklärbar.

Mehr Transparenz

Erforderlich ist daher die Schaffung größerer Leitstellenbereiche mit moderner, dem internationalen Stand der Technik entsprechender EDV-Ausstattung sowie insgesamt mehr Leistungstransparenz durch landesweit einheitliche und regelmäßige Statusberichte der Rettungsdienstträger. Zudem sollte eine klare



Im „Dienste der Rettung“ oder von Machtinteressen?

FOTO: vdek



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

Selbstverständlich ist der Rettungsdienst für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ein hohes Gut. Deshalb ist es auch richtig, hierdurch entstehende Kosten mit zu übernehmen. Wenig sinnvoll ist jedoch, dass diejenigen, die die Kosten tragen, kaum Einflussmöglichkeiten haben, den Rettungsdienst im Sinne der Patienten effizient und wirtschaftlich zu organisieren. Der Rettungsdienst ist der öffentlichen Gefahrenabwehr und somit direkt den Kommunen zugeordnet. Deshalb bestimmen diese weitgehend, wo es in Sachen Organisation langgeht. Hier aber herrscht Stillstand bei stetig steigenden Kosten für die Versicherungsgemeinschaft. Kein kommunaler Funktionsträger möchte seinen Einflussbereich und sein politisches Prestige an dieser Stelle schmälern. Dies verhindert sinnvolle Vernetzungen über kommunale Grenzen hinweg. Hier wäre Offenheit jenseits von Machtinteressen erforderlich, um die Organisation des Rettungsdienstes zum Wohle der Versicherten zu reformieren, z. B. auch von Seiten des Landes durch entsprechende verbindliche Regelungen im hessischen Rettungsdienstgesetz. Sollte der dargestellte Paradigmenwechsel nicht gelingen, stellt sich die Frage, ob dies dann tatsächlich noch im „Dienste der Rettung“ hilfebedürftiger Bürger geschieht.



Trennung der Aufgaben der Gefahrenabwehr einerseits und der Leistungspflicht der GKV andererseits vorgenommen werden, um Länder und Kommunen wieder stärker in die finanzielle Pflicht zu nehmen und dem Trend der Verschiebebahnhöfe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu begegnen.

Zum Hintergrund: Nach dem Hessischen Rettungsdienstgesetz sind die 26 Kreisen und kreisfreien Städte für den Rettungsdienst zuständig. Durch den Zusammenschluss von Kassel Stadt und Land gibt es derzeit 25 Rettungsdienstbereiche (RDB). Diese kümmern sich in der Regel ausschließlich um die Planung des Rettungsdienstes. Die Ausführung übernehmen überwiegend Dienstleister – insbesondere die großen Hilfsorganisationen, wie DRK, JUH, MHD und ASB. Ausnahmen davon sind die in den großen Städten angesiedelten kommunalen Berufsfeuerwehren, die in unterschiedlichem Umfang auch Rettungsdienstleistungen erbringen.

Ehrgieziges Zeitziel

Das zentrale Kriterium für die Leistungsfähigkeit des öffentlichen Rettungsdienstes insbesondere bei Notfall-Einsätzen ist der Zeitraum, innerhalb dessen ein geeignetes Fahrzeug den Patienten erreicht und in eine Einrichtung zur Weiterbehandlung transportiert. Im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung wird diese sogenannte Hilfsfrist durch das Hessische Rettungsdienstgesetz (HRDG) vorgegeben.

Das Zeitintervall von Alarmierung bis Eintreffen eines geeigneten Notfallrettungsmittels an einem an einer Straße gelegenen Notfallort soll demnach nicht länger als zehn Minuten betragen. Dies ist die kürzeste Hilfsfristvorgabe aller deutschen Bundesländer. Da unvorhergesehene Vorkommnisse (Wetter- und Verkehrsbedingungen, Unfälle usw.) während eines Einsatzes zu berücksichtigen sind, kann diese Hilfsfrist aber nicht in 100 Prozent aller Fälle garantiert werden. Unter Berücksichtigung dieser Ausnahmen soll die



FOTO: fotonek – Fotolia.com

Zehn-Minuten-Hilfsfrist in 90 Prozent der Notfälle eingehalten werden.

Dieser sogenannte Zielerreichungsgrad wurde und wird in Hessen bislang nicht in allen RDB eingehalten. Eine Erhebung des Hessischen Rundfunks (HR) zeigt, dass im Jahr 2012 lediglich in sieben RDB die Zehn-Minuten-Frist in 90 Prozent der Fälle erreicht wurde obwohl in Hessen ein enges Netz von Rettungswachen vorhanden ist (vgl. Karte).

Keine „Waffengleichheit“

Als unmittelbare Folge dieser seit Jahren feststellbaren Nichterfüllung der Landesnorm fordern die Rettungsdienstträger regelmäßig den Aufbau zusätzlicher Ressourcen in Form von Fahrzeugen und Rettungswachen. Diese Forderungen werden im Zuge der sogenannten Bereichsplanung auch meist umgesetzt.

Denn die Entscheidung darüber treffen regional zuständige Bereichsbeiräte für den Rettungsdienst, die sich aus Vertretern der Rettungsdienstträger, der Leistungserbringer und der Kostenträger zusammensetzen. Im Gegensatz zu der in Selbstverwaltungsgremien sonst üblichen „Waffengleichheit“ gibt es hier keine Parität zwischen den Beteiligten. Dies ist eine Folge der Zuordnung des Rettungsdienstes zur öffentlichen Gefahrenabwehr, für die eigentlich eine Finanzierung aus Steuermitteln und somit die Planungs- und Regelungshoheit der öffentlichen Hand vorgesehen ist. Die Kostenträger werden also regelmäßig überstimmt.

Unterdessen steigen die GKV-Ausgaben für Fahrkosten bundesweit seit vielen Jahren überdurchschnittlich und kontinuierlich

an, von 2004 bis 2013 von 2,61 Milliarden Euro auf 4,34 Milliarden Euro. Das ist ein Plus von 66 Prozent. Der Hauptkostenblock ist dabei mit einem Anteil von ca. 75 Prozent der öffentliche Rettungsdienst. Die weiteren Kostenanteile entstehen im Bereich der Krankenfahrten ohne medizinische Betreuung, z.B. durch Fahrten mit dem Taxi oder Privat-PKW. Neben dem anhaltenden Aufbau zusätzlicher Fahrzeugkapazitäten durch die kommunalen Rettungsdienststräger wird die Kostenentwicklung auch immer wieder durch gesetzgeberische Maßnahmen beeinflusst, durch die Ausgaben zu Lasten der GKV verschoben werden.

Neuer Verschiebepunkt

Ein aktuelles Beispiel für eine solche Kostenverschiebung ist das zum 1. Januar 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätäergesetz (NotSanG), mit dem ein neuer medizinischer Ausbildungsberuf geschaffen wurde. Zukünftig werden im Rettungsdienst neben den Notärzten nicht mehr Rettungsassistenten mit einer zweijährigen Ausbildung sondern Notfallsanitäter eingesetzt. Die Ausbildung ist als dreijähriger

Ausbildungsberuf konzipiert. Für die bisherigen Rettungsassistenten gibt es entsprechende Überleitungsregeln. Durch die weitere Professionalisierung des nicht-ärztlichen Personals entstehen erhebliche Kosten. So wird pro Auszubildendem mit Mehrkosten in Höhe von 35.000 bis 45.000 Euro gerechnet. Die Krankenkassen beteiligten sich schon bisher durch die Übernahme von Personalkosten an der betrieblichen Ausbildung. Nunmehr wird seitens der Bundesländer und Kommunen eine vollständige Finanzierung der Mehrkosten z.B. für Schulen, Lehrkräfte usw. erwartet, obwohl doch für die anderen Ausbildungsberufe die entsprechenden Kosten, z.B. für Berufsschulen, von der Allgemeinheit getragen werden.

Solche politisch motivierten Kostenverschiebungen wirken sich auch deshalb so drastisch aus, weil die Kosten des Rettungsdienstes nicht durch die Einzelleistung verursacht werden, sondern durch die kostenintensiven Bereitschaftszeiten der Rettungsfahrzeuge, die sogenannte Vorhaltung. Im Rettungsdienst entstehen die meisten Kosten eben gerade hierdurch. Der Einzelpreis, der verursachungsgerecht der

zuständigen Krankenkasse in Rechnung gestellt wird, ist lediglich eine Verrechnungsgröße aus dem vorab hochgerechneten Budgetumfang, dividiert durch die hochgerechnete Anzahl der Einsätze. Als Faustregel für Hessen gilt, dass ein ständig in Bereitschaft gehaltener RTW (entspricht 8.760 Jahresvorhaltestunden) pro Jahr rund 610.000 Euro an Vorhaltekosten verursacht. Die Gesamtbudgetkosten für diese nicht-ärztlichen Rettungsmittel beliefen sich in Hessen im Jahr 2013 auf knapp 205 Millionen Euro.

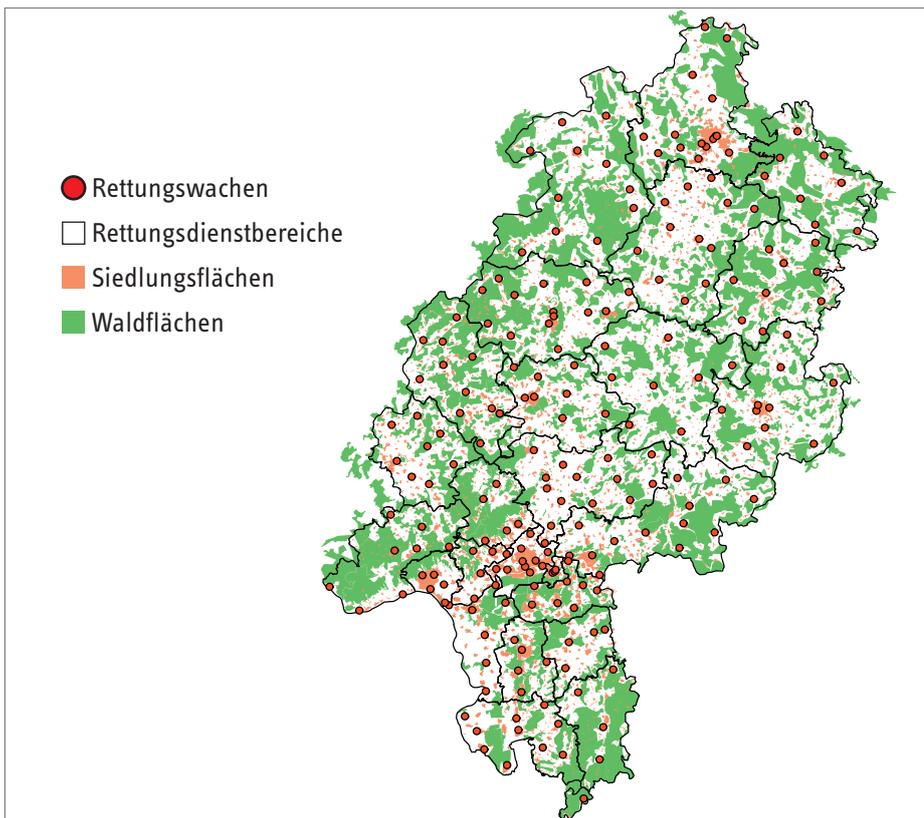
Erfolgversprechende Konzepte

Aufgrund der vom Gesetzgeber gewollten starken Position der Kommunen bei der Planung des Rettungsdienstes können die Kostenträger lediglich in den jährlichen Kosten- und Budgetverhandlungen mit den Leistungserbringern Einfluss nehmen. Da die eigentlichen kostenwirksamen Entscheidungen jedoch bereits im Rahmen der Bereichsplanung erfolgt sind, kann bei den Budgetverhandlungen de facto nur noch ein Kostencontrolling erreicht werden.

Dabei gibt es gute Ansätze, um die organisatorische Ausgestaltung des Rettungsdienstes zu optimieren. Im Rahmen von Modellprojekten, die von den Ersatzkassen in Hessen finanziert und begleitet wurden, konnte nachgewiesen werden, dass mit einem intelligenten Einsatz moderner Logistikkonzepte eine bessere Hilfsfristerreichung ohne den Aufbau zusätzlicher Fahrzeuge erreicht werden kann. Dabei spielen vorausplanende Konzepte für die zeitlich und räumlich variable Fahrzeugpositionierung und eine weitgehende Transparenz über die einzelnen Einsatzabläufe die zentrale Rolle. Auch für eine flächendeckende Umsetzung solcher Konzepte wäre die Verringerung, Modernisierung und Professionalisierung der Rettungsleitstellen sinnvoll.

Damit könnte in Zukunft auch bei knapper werdenden Mitteln noch besser sichergestellt werden, dass allen Patienten unabhängig vom Wohnort gleichermaßen schnell und gut geholfen wird. ■

GRAFIK: Dr. Konrad - vdk



Mehr Freiheit, Wettbewerb und Qualität

Das Jahr 2015 bringt wichtige Veränderungen im Gesundheitswesen mit sich. Einige Gesetzesänderungen treten bereits zum 1. Januar in Kraft, andere sollen im Laufe des Jahres unter Dach und Fach gebracht werden. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek), nimmt Stellung zu den Neuerungen im Gesundheitswesen.

vdek Was erwartet uns im Jahr 2015?

Ulrike Elsner Mit dem Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) kommen zum 1. Januar 2015 einige Veränderungen auf die Versicherten und Krankenkassen zu. Positiv ist, dass der pauschale Zusatzbeitrag in Form einer Kopfpauschale abgeschafft und durch einkommensabhängige Zusatzbeitragssätze ersetzt wird. Die neue Finanzarchitektur gibt den gesetzlichen Krankenkassen – zumindest was den Zusatzbeitragssatz anbelangt – damit ein Stück ihrer Beitragssatzautonomie zurück. Mit Beginn des neuen Jahres wird außerdem der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesenkt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich diesen Beitragssatz dann paritätisch: Jeder trägt 7,3 Prozent. Doch diese neue Finanzarchitektur bringt auch Belastungen für die Versicherten. Denn der Gesetzgeber hat den Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent eingefroren – mit der Folge, dass Kostensteigerungen künftig allein von den Versicherten getragen werden müssen, nämlich über die Zusatzbeitragssätze. Durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent entsteht bereits jetzt in der GKV eine Finanzierungslücke von elf Milliarden Euro, die ebenfalls durch die Zusatzbeitragssätze geschlossen werden muss. Da die Gesundheitskosten absehbar weiter steigen, werden sich die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen kaum bei den 0,9 Prozent halten lassen, um die sich die Werte jetzt zum Jahresbeginn bewegen werden.

Auf positive Veränderungen können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

durch das erste Pflegestärkungsgesetz ab 1. Januar 2015 einstellen: So werden die Leistungsbeträge dynamisiert, um dem inflationsbedingten Preisverfall entgegenzuwirken – eine längst überfällige Maßnahme. Hinzu kommen Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen etwa bei der Kurzzeitpflege oder bei der Tages- und Nachtpflege. Die dafür vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes von 0,2 Prozentpunkten ist vertretbar. Allerdings sehen wir den privaten Vorsorgefonds kritisch. Das zusätzliche Geld in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten, das in den neuen Pflegevorsorgefonds gesteckt werden soll, wäre aus meiner Sicht sinnvoller in der aktuellen Versorgung angelegt, um nachhaltige Strukturen und bessere Qualität in der Pflege zu schaffen.

Entscheidend ist, dass die Politik nun auch den nächsten Schritt geht und mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsverfahren einführt, um damit z. B. auch den Pflegebedarf von Demenzkranken besser abbilden zu können. Das muss noch in dieser Legislaturperiode geschehen.

vdek Welche anderen Gesetze stehen noch auf der politischen Agenda?

U.E. Vor allem drei Gesetzesvorhaben beschäftigen uns zurzeit. Zum einen das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), das das Kabinett noch Ende 2014 beschließen will. Das GKV-VSG soll die ambulanten Versorgungsstrukturen weiterentwickeln – im Blick hat der Gesetzgeber dabei vor allem



FOTO vdek

ULRIKE ELSNER Vorstandsvorsitzende des vdek

die Versorgungssituation auf dem Land. Gleichzeitig geht die Koalition aber auch gegen Überversorgung vor. Das ist gut so. Der Gesetzgeber will den Krankenkassen auch mehr Freiheiten bei der Gestaltung von besonderen Verträgen – z. B. zur verbesserten Versorgung chronisch Kranker oder zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten – einräumen und Bürokratie abbauen. Das wird dem Vertragswettbewerb in der GKV neuen Schub geben, wovon die Versicherten profitieren. Allerdings drohen mit der jetzigen Fassung des GKV-VSG auch erhebliche Mehrbelastungen für die Krankenkassen. Das gilt insbesondere für den geplanten Regressverzicht bei Behandlungsfehlern von Hebammen, der noch 2015 finanzwirksam werden könnte, und für die sogenannte Konvergenzregelung. Durch sie sollen Ärzte – finanzwirksam womöglich ab 2016 – in einzelnen Bundesländern einen nicht nachvollziehbaren Honoraraufschlag bekommen – ohne, dass es einen Mehrwert für die Versicherten gäbe.

Nicht zuletzt steht auch die Krankenhausreform an, bei der es unter anderem um eine stärkere Qualitätsorientierung und eine bessere Erreichbarkeit der Kliniken gehen soll. Der vdek hat dazu ja wiederholt Vorschläge gemacht. Qualität muss in Zukunft das entscheidende Kriterium bei der Krankenhausplanung sein. Hierzu

brauchen wir verbindliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung der Länder. Hält sich ein Krankenhaus über längere Zeit nicht an die Vorgaben, muss dies auch Konsequenzen haben. Da sich die Länder immer weiter aus ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zurückziehen, schlagen wir vor, dass sich der Bund künftig an den Kosten beteiligt, im Gegenzug aber auch mehr Mitspracherechte bei der Planung bekommt.

Das Präventionsgesetz schließlich enthält im aktuellen Referentenentwurf viele Maßnahmen, mit denen die Gesundheitsvorsorge und -förderung verbessert werden kann. Begrüßenswert finde ich, dass die Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung in „Settings“ wie Kindergärten, Schulen oder Pflegeeinrichtungen aufgestockt werden sollen. So können wir mehr Versicherte erreichen, die den Angeboten bislang fern bleiben. Gerade um Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen für Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen, ist gemeinschaftliches Handeln von Sozialversicherung, kommunalen Spitzenverbänden, Bundes- und Landesbehörden geboten. Es kann jedoch nicht sein, dass nur die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen für die zusätzlichen Kosten aufkommen sollen, die übrigen Sozialversicherungsträger aber außen vor bleiben. Prävention und Gesundheitsförderung sind Gemeinschaftsaufgaben, ihre Finanzierung muss daher auch gerecht verteilt werden. Dazu gehört natürlich, dass es der privaten Krankenversicherung nicht freigestellt sein kann, sich daran zu beteiligen oder nicht.

[vdek](#) Die Ausgaben der Krankenkassen für die ärztliche Versorgung steigen immer weiter an – 2014 allein in Hessen auf über 2,5 Milliarden Euro – und doch beherrschen die Themen (behaupteter) Ärztemangel und Wartezeiten die öffentliche Diskussion. Wie beurteilen Sie die Situation aus Kassensicht?

U.E. Bei der ärztlichen Versorgung bestehen noch immer in erster Linie große Verteilungsprobleme: Wir haben zu viele Ärzte in Ballungsräumen und zu wenig

Hausärzte in ländlichen Regionen. In Frankfurt z. B. kommen auf einen Hausarzt 1.455 Einwohner im Planungsgebiet Allendorf (Eder)/Battenberg sind es 2.269 Einwohner. Es ist gut, dass die Politik mit dem GKV-VSG das Problem der Überversorgung angeht und beim Praxisaufkauf die bestehende Kann-Regelung in eine Soll-Regelung umgewandelt werden soll. Bislang hat deutschlandweit nur die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein einmal einen Praxissitz aufgekauft. Der aktuelle Referentenentwurf zum GKV-VSG geht also in die richtige Richtung, allerdings muss auch das Letztentscheidungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Nachbesetzungsverfahren abgeschafft und die Beschlussfassungsregelungen in den Zulassungsausschüssen geändert werden, damit die Neuregelung auch die erwünschten Effekte hat.

Dass Fachärzte Versicherte der GKV mitunter unzumutbar lange auf einen Termin warten lassen, ist eine lange bekannte und ärgerliche Praxis. Im Sinne der Patienten befürworten wir die vom Gesetzgeber geplante Einrichtung von Terminvergabestellen bei den KVen.

[vdek](#) Was sind aus Ihrer Sicht notwendige Maßnahmen, um auch in Zukunft flächendeckend eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung sicherzustellen?

U.E. Für pauschale Fördermaßnahmen sind die einzelnen Regionen – selbst innerhalb der Bundesländer – zu unterschiedlich. Wir brauchen passgenaue regionale Lösungen. Selektivverträge wie z. B. zur integrierten Versorgung haben sich hier bewährt. Sie stellen eine sinnvolle Ergänzung zu den Kollektivverträgen von Krankenkassen und KVen dar und bieten die Chance auf gezielte Förderung von Leistungen oder Ärzten in strukturschwachen Landesteilen. Wir begrüßen, dass die Politik im aktuellen GKV-VSG-Entwurf den Krankenkassen dabei mehr vertragliche Freiräume gibt und die hohen bürokratischen Anforderungen – etwa die Vorlagepflicht der Verträge – beim Bundesversicherungsamt (BVA) entfallen sollen. Gut ist auch, dass die

widersprüchliche Aufsichtspraxis von BVA und Länderaufsichten bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen bzw. den Regionalkassen beendet werden soll.

Wichtig wird aber auch sein, dass die Allgemeinmedizin aufgewertet wird. Wir müssen Anreize für eine ärztliche Tätigkeit in strukturschwachen Regionen schaffen, zum Beispiel durch Stipendien. In Hessen wurde bereits frühzeitig intensiv in die Förderung der allgemeinärztlichen Weiterbildung investiert. Auch die eigens dafür eingerichtete Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, an der sich Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Krankenhausgesellschaft und die Institute für Allgemeinmedizin beteiligen, ist ein guter Ansatz. Der vdek schlägt vor, generell fünf Prozent der Gelder, die zur Förderung ausgegeben werden müssen, in solche Maßnahmen, Mentoren-Coachings, Stipendien u.Ä. zu stecken.

[vdek](#) Psychische Erkrankungen nehmen in der Bevölkerung stark zu – mit langen Krankheitszeiten und immer häufiger auch dauerhafter Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Was müsste getan werden, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern?

U.E. Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist ein wertvolles Gut. Das zeigen schon die Zahlen: Mittlerweile lassen sich jährlich eine Million Patienten psychotherapeutisch behandeln. Doch die Versorgung ist nicht optimal. Im Mittelpunkt einer Reform müssen kürzere Wartezeiten und eine zielgenauere Versorgung der Patienten stehen. Dazu gilt es aus unserer Sicht vor allem Kurzzeit- und Gruppentherapien zu fördern, außerdem muss das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht werden. Der vdek schlägt zudem die Vorschaltung einer verpflichtenden psychotherapeutischen Sprechstunde vor. Damit würden sich die Wartezeiten der Patienten auf einen ersten Besprechungstermin deutlich verringern. Die „intelligente Koordinierungsstelle“ sollte im Modell erprobt und die Patienten bei der Auswahl einer geeigneten Therapie unterstützt werden. ■

Ersatzkassen im Dialog

FOTO Hansen – vdek



GESPRÄCHSPARTNER: (v.r.) Dr. Ralf-Norbert Bartelt (CDU), Rainer Sand und Claudia Ackermann (vdek), Marjana Schott (Die Linke), Meinhard Johannides (vdek), Dr. Thomas Spies (SPD), Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen), Sören Schmidt-Bodenstein (TK), Britta Dalhoff und Sötkin Geitner (DAK-Gesundheit) sowie Martin-Werner Till (Barmer GEK).

Die bevorstehende „Reform der Krankenhausversorgung und deren Auswirkungen auf Hessen“ stand im Mittelpunkt des Gesundheitspolitischen Abends 2014, zu dem die vdek-Landesvertretung im November die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen sowie Vertreter der Ersatzkassen eingeladen hatte.

Im historischen Ambiente des hessischen Landtags stellte die vdek-Landesvertretung die aktuelle Problemlage dar und präsentierte Reformvorschläge der Ersatzkassen. Zwischen den Landespolitikern und den Vertretern der Ersatzkassen entspann sich ein lebhafter Dialog, in dem Informationen und Einschätzungen ausgetauscht und teils intensiv diskutiert wurden.

DISKUSSIONSRUNDE

Gemeinsam für mehr Impfschutz

Die eine Maßnahme gibt es nicht, um das Ziel „Erhöhung der Impfquoten“ zu erreichen. Darüber waren sich die Beteiligten der Diskussionsrunde bei der Veranstaltung zur Vorstellung des aktuellen IGES-Arzneimittel-Atlas Ende November in Frankfurt einig. Die Podiumsteilnehmer – unter ihnen Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen – betonten, dass es sich bei der Impfförderung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handele. „Um hier voranzukommen, ist ein Zusammenwirken aller beteiligten Kräfte notwendig“, appellierte Claudia Ackermann. „Wir müssen das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Schutzimpfungen wieder stärken.“

Die neunte Ausgabe des Arzneimittel-Atlas des Berliner IGES Instituts kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass in einigen Regionen Deutschlands ein Rückgang bei Impfungen, etwa gegen Masern, festzustellen ist.

KURZ GEFASST

Modellvorhaben Betreuungsdienste

Der Gesetzgeber hat im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) Modellvorhaben zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste neu aufgenommen (§ 125 Sozialgesetzbuch (SGB) XI i. V. m. § 124 SGB XI). Zwischenzeitlich haben sich neun hessische Betreuungsdienste beworben. Nach abgeschlossener Prüfung der vollständigen Antragsunterlagen können entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen und Modellvorhaben erprobt werden.

Hessisches Krebsregistergesetz in Kraft

Das vom Hessischen Landtag verabschiedete Krebsregistergesetz (HKRG) wurde am 27.10.2014 mit der Verkündung im Hessischen Staatsanzeiger in Kraft gesetzt. Das HKRG bildet damit die landesgesetzliche Grundlage für den Aufbau und Betrieb eines klinischen Krebsregisters (KKR). Die Ersatzkassen in Hessen begrüßen das HKRG, da zu erwarten ist, dass durch ein KKR im laufenden Betrieb die Qualität der stationären und ambulanten Behandlung von Krebspatienten deutlich verbessert werden kann.

MDK

„Nein“ zur neuen Besetzung des Verwaltungsrates laut VSG

Die im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Neuregelungen zur Gremienbesetzung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) stoßen bei den Ersatzkassen auf entschiedene Ablehnung. Der vorliegende Referentenentwurf sieht vor, dass künftig ein Drittel der Mitglieder des MDK-Verwaltungsrates aus Pflegeberufsverbänden sowie Organisationen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stammen muss und von Landesbehörden bestimmt wird. So würde der Staat massiv in die Selbstverwaltung hineinregieren und ihre Gestaltungsrechte beschneiden, ohne dass dies notwendig wäre. Denn die Vertreter der Pflege wirken ja bereits an den relevanten Richtlinien mit. Zudem wird der MDK durch den geplanten Ausschluss hauptamtlicher Vertreter nicht unabhängiger, sondern ihm entgeht wertvolles Fachwissen, das zurzeit im Interesse der Versicherten eingebracht wird.

Vorbildliche Versorgung

Die Ersatzkassen haben aktuell eine höhere Vergütung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) vereinbart. Darüber sprachen wir mit Michaela Hach, Geschäftsführerin des Fachverbandes SAPV Hessen.

vdek Frau Hach, wie ist die aktuelle Lage der SAPV-Versorgung in Hessen?

Michaela Hach Die mit den Ersatzkassen im Land vereinbarte Erhöhung der Vergütung ab 1.9.2014 um 2,81 Prozent bedeutet, dass für die besondere Betreuung sterbenskranker Menschen in ihrer häuslichen Umgebung in diesem Jahr rund eine Million Euro mehr zur Verfügung steht als im Vorjahr. Hessen bietet ferner als eines der ersten Bundesländer flächendeckend spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Erwachsene und auch für Kinder an.

Hessenweit versorgten 22 SAPV-Teams im vergangenen Jahr fast 10.000 Patienten sowie rund 24.000 Angehörige im Durchschnitt über 27 Tage hinweg. 2013 konnten drei Viertel der SAPV-Patienten im heimischen Umfeld versterben, wie sie es sich gewünscht hatten. Bei 14 Prozent der schwerkranken Patienten wurde die Situation so stabilisiert, dass eine ambulante palliative Versorgung auch ohne SAPV weitergeführt werden konnte (z.B. durch den Hausarzt).

vdek Was bedeutet SAPV konkret?

Michaela Hach Bei der SAPV betreuen multiprofessionelle spezialisierte „Palliative-Care-Teams“ durch Beratung, Behandlung und Begleitung schwerstkranker Menschen und deren soziales Umfeld in der letzten Lebensphase im Rahmen einer reinen Palliativversorgung. Die SAPV-Teams kommen vorübergehend oder dauerhaft zum Einsatz, wenn die Intensität oder Komplexität der Probleme dies erfordert. SAPV-Teams, bestehend aus speziell qualifizierten Pflegefachkräften sowie Ärztinnen und Ärzten, ermöglichen schwerstkranken Menschen ein Leben in der gewohnten Umgebung



MICHAELA HACH Geschäftsführerin des Fachverbandes SAPV Hessen

bis zuletzt, möglichst schmerzfrei und mit größtmöglicher Lebensqualität. Dazu gehört eine intensive Betreuung, Schmerztherapie, Linderung von belastenden Symptomen und durchgängige Ansprechbarkeit für die Patienten und ihre Angehörige.

vdek Warum wird eine solche besondere Versorgungsform gebraucht?

Michaela Hach Ziel ist es, schwerkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase so viel Lebensqualität und Selbstbestimmung wie möglich zu erhalten, diese zu fördern und zu verbessern. Dazu gehört es, ihnen ein menschenwürdiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung, in der eigenen Wohnung, einer stationären Pflegeeinrichtung oder in stationären Hospizen zu ermöglichen. Dafür sind spezialisierte Fachleute und eine möglichst gute Vernetzung aller Hilfsangebote notwendig. SAPV ist darum ein wichtiges ergänzendes Angebot, das Menschen mit einer fortschreitenden lebensbedrohenden Erkrankung, begrenzter Lebenserwartung und einem besonderen Bedarf vom Arzt verschrieben werden kann. ■

Teil 3: Hessisches Onkologiekonzept



FOTO: fotodisc - Fotolia.com

Rund 30.000 Hessen erhalten jedes Jahr die Diagnose Krebs. Für sie beginnt der Kampf mit einer schweren Krankheit, der immer häufiger gewonnen wird. Dies ist dem aktuellen Stand der Forschung in der Medizin, besseren Behandlungsmöglichkeiten und Früherkennungsmaßnahmen zu verdanken. Doch mit dem Mehr an Möglichkeiten geht auch die Herausforderung einher, für jeden Patienten die optimale Behandlung zu finden und verschiedene Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung von Krebspatienten zu verbessern, wurde deshalb mit dem hessischen Onkologiekonzept die onkologische Versorgung neu strukturiert. Das Konzept legt für jede der sechs Versorgungsregionen ein so genanntes „koordinierendes Krankenhaus“ fest. Ziel ist es dabei, über diese Koordinationshäuser die fachliche Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern der Versorgungsregion über Kooperationsverträge besser zu regeln. Wesentliche Bestandteile der Kooperationsverträge sind die Einrichtung gemeinsamer Tumorkonferenzen und Abstimmung von Therapieplänen bis hin zur Festlegung, welches Krankenhaus am besten für den Patienten welche Untersuchung und Behandlung durchführen kann.

Die Umsetzung des hessischen Onkologiekonzeptes hat begonnen, gestaltet sich jedoch teilweise aufgrund noch zu klärender Rahmenbedingungen schwierig.

(Abschluss der Serie)

Wechsel der Referatsleitung



RAINER SAND

Rainer Sand ist seit 1. November 2014 neuer Leiter des Referats stationäre Versorgung der vdek-Landesvertretung Hessen. Der ausgebildete Betriebswirt bekleidete die Position in den vergangenen Monaten bereits kommissarisch. Rainer Sand arbeitet bereits seit dem Jahr 2000 beim vdek. Davor war er als Controller im Krankenhausbereich tätig. Der gebürtige Wiesbadener lebt mit Frau und kleinem Sohn in Frankfurt/Oberrad. Neben der Familie widmet er sich in der Freizeit seinem Hobby, dem Fußball. Rainer Sand ist Nachfolger des langjährigen Referatsleiters Stephan Krings, der in seine rheinland-pfälzische Heimat zur vdek-Landesvertretung nach Mainz zurückgekehrt ist.

FOTO: www.bestehende.de

Fast zwei Millionen Euro für die Selbsthilfe

Die Gesetzlichen Krankenkassen in Hessen fördern 2014 die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Land mit rund 1,9 Millionen Euro (2013: 1,8 Millionen Euro). Das Geld geht an Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen, die von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind, oder deren Angehörige zusammengeschlossen haben. Vergeben werden die Zuschüsse zur Unterstützung der alltäglichen Arbeit der Selbsthilfegruppen von der „Arbeitsgemeinschaft GKV-Selbsthilfeförderung in Hessen“, in der auch Vertreter der Selbsthilfe mitwirken. In Hessen erhalten 2014 alleine 841 örtliche Selbsthilfegruppen eine Förderung der GKV von insgesamt 554.649,69 Euro. Daneben werden 2014 landesweit auch 38 Landesorganisationen der Selbsthilfe mit 389.615,00 Euro sowie 20 Selbsthilfe-Kontaktstellen mit 635.441,84 Euro unterstützt.

ZUM JAHRESWECHSEL

Beste Wünsche!



FOTO: www.bestehende.de

Wir wünschen allen unseren Leserinnen und Lesern erholsame Feiertage und für das neue Jahr viel Glück, Erfolg und vor allem Gesundheit! Ihre vdek-Landesvertretung Hessen

Neue Frau an der Spitze der Ersatzkassen in Hessen



FOTO: DAK-Gesundheit

SÖTKIN GEITNER
Vertragsgebietsleiterin der DAK-Gesundheit und Vorsitzende des Landesausschusses der Ersatzkassen in Hessen.

Die neue Leiterin des Vertragsgebietes Hessen der DAK-Gesundheit heißt seit 1. September diesen Jahres Sötkin Geitner. Zugleich berief sie der Gesamtvorstand des Verbandes der Ersatzkassen zur neuen Vorsitzenden des Landesausschusses der Ersatzkassen in Hessen.

Die Diplom-Betriebswirtin ist seit 2000 im Vertragsmanagement der DAK-Gesundheit in Hessen tätig. Bereits seit 1. Dezember 2012 fungierte Sötkin Geitner als stellvertretende Leiterin des Vertragsgebietes Hessen. Ihren Schwerpunkt als Vorsitzende des Landesausschusses Hessen sieht sie in der Sicherstellung der qualitätsgestützten gesundheitlichen Versorgung der ca. 2,4 Millionen Ersatzkassenversicherten in Hessen. Sötkin Geitner tritt in beiden Funktionen die Nachfolge von Herbert Trittel an, der in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet wurde.

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

STATISTIK

Basisdaten Gesundheitswesen 2014/2015



Wie haben sich die Ausgaben im Gesundheitswesen entwickelt? Wie viele Menschen erhalten Pflegeleistungen? Wie viele Medikamente wurden 2014 verschrieben?

Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten enthält die aktuelle Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014/2015“. Die Broschüre kann im Internet unter www.vdek.com heruntergeladen werden.