

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ECKPUNKTE der Krankenhausreform | ENTBÜROKRATISIERUNG der Pflege und neue Leistungen
EINIGUNG auf Landesbasisfallwert 2015 | UNTERZEICHNUNG des Hessischen Gesundheitspaktes

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2015

KLINISCHES KREBSREGISTER

Einheitliche Datenbasis für Kampf gegen Krebs



FOTO: JENS - Fotolia.com

Mit der Finanzierungsvereinbarung für den Aufbau des Klinischen Krebsregisters in Hessen, die sich derzeit in der Endabstimmung befindet, haben die Verbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen in Hessen und das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) die wesentliche Grundlage für die Einrichtung dieser wichtigen Datensammlung geschaffen. Hierfür sollen zunächst im Rahmen einer Anschubfinanzierung bis Oktober dieses Jahres zwei Millionen Euro zur Verfügung stehen.

Das Klinische Krebsregister soll mittels eines bundesweit einheitlichen Datensatzes das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von bösartigen onkologischen Neuerkrankungen einschließlich ihrer Frühstadien sowie von gutartigen Tumoren flächendeckend erfassen und auswerten. Ziel ist es, damit die Qualität der onkologischen Versorgung zu verbessern.

GESETZGEBUNG

Der lange Weg in die digitale Zukunft

„E-Health“ gilt als Schlüssel zur Zukunft des Gesundheitswesens. Ein Bundesgesetz soll nun die Entwicklung vorantreiben – doch zu welchem Preis?

Mit dem Begriff E-Health ist die Hoffnung auf mehr Effizienz und Qualität in der medizinischen Versorgung und nicht zuletzt auch auf Wachstumschancen für die Gesundheitswirtschaft verbunden. Doch während in vielen Arbeits- und Lebensbereichen längst das digitale Zeitalter angebrochen ist, tut sich das Gesundheitswesen mit der elektronischen Zukunft schwer. Zwar gibt es zahlreiche vielversprechende Projekte, doch diese bleiben regional oder auf einen bestimmten Nutzerkreis beschränkt. In Hessen wurde bereits 2013 auf Initiative des Sozialministeriums der eHealth-Beirat Hessen gegründet (s. Seite 2). Ferner hat auch die Initiative Hessen-IT des Wirtschaftsministeriums das Thema „E-Health“ zu einem Schwerpunktthema gemacht. Ziel ist es hier, für hessische Anbieter von E-Health-Lösungen günstige Rahmenbedingungen zu schaffen.

Bundesweit verzögert sich die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte seit Jahren, von Funktionen mit nennenswertem Mehrwert ist sie noch weit entfernt. Skeptische Beiträge befassen sich u. a. mit dem Datenschutz,

Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit unterschiedlicher IT-Systeme und nicht zuletzt mit der Kostenfrage.

Hoffnungsträger

Dabei beinhalten die Informations-, Kommunikations- und Telekommunikationstechnologien (IKT) hohe Kosteneffizienzpotentiale. So schätzt z. B. die Europäische Kommission das Einsparvolumen in Deutschland alleine bezüglich vermeidbarer Krankenhausaufenthalte auf rund 1,5 Milliarden Euro im Jahr. Neben einer qualitativen Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird mit E-Health auch die Hoffnung auf weniger Bürokratie und vereinfachte Arbeitsabläufe verbunden.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will die Entwicklung nun beschleunigen: Das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ – kurz „E-Health-Gesetz“ soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.



Vorwärts – mit Augenmaß



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

FOTO: vdek

Die Ersatzkassen fordern seit langem, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) so auszustatten und einzusetzen, dass ein echter Mehrwert für die Versicherten entsteht und sich die Milliarden-Investitionen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in das wichtige Gesundheitsprojekt auch lohnen. Der Einsatz von elektronisch erstell- und aktualisierbaren Arztbriefen, Notfalldaten sowie Entlassbriefen aus dem Krankenhaus ist zeitgemäß und für alle Seiten vorteilhaft. Insofern bleibt es unverständlich, dass das Gesetz hierfür erneut finanzielle Anreize für Ärzte und Krankenhäuser vorsieht. Warum sollte das Einlesen oder der Versand von elektronischen Arztbriefen – Tätigkeiten, die ansonsten aufwendig in Papierform erfolgen müssen – nun extra vergütet werden? Gerade hier ergibt sich doch eine Effizienzsteigerung für die Leistungserbringer, da das Personal entlastet wird.

Auch wenn man jetzt schnell vorankommen möchte: viele geplante Regelungen, wie etwa die Speicherung des elektronischen Medikationsplanes, sollten mit Augenmaß auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden. Da die eGK nur für eine bestimmte Datenmenge ausgelegt ist, könnten hier Online-Verfahren praktikabler sein. Sonst besteht die Gefahr, dass die nächste milliardenschwere Dauerbaustelle entsteht.



Effizientes System etablieren

Mit dem E-Health-Gesetz sollen Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Apotheker und Krankenhäuser dazu aufgefordert werden, ihre informationstechnischen Systeme besser miteinander zu verknüpfen. Die Gesellschaft für Telematikinfrastruktur der Gesundheitskarte (gematik) soll dazu ein sogenanntes „Interoperabilitätsverzeichnis“ aufbauen, um die Eigenheiten der digitalen Anwendungen in den Berufsgruppen besser vergleichen zu können. Um für die Zukunft ein funktionierendes, effizientes E-Health-System zu etablieren, muss dabei jedoch der Ausbau aufwändiger Parallelstrukturen verhindert werden. Hiervor warnen die Ersatzkassen seit langem.

Auch für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sind neue Funktionen geplant. So sollen Ärzte Notfalldatensätze ihrer Patienten erstellen und sie auf der eGK speichern können. Ferner soll die eGK künftig zur Dokumentation verordneter Medikamente oder Übermittlung des elektronischen Arztbriefes von Arzt zu Arzt genutzt werden. Für einen verbesserten Übergang in den ambulanten Bereich ist geplant, dass Kliniken elektronische Entlassbriefe erstellen und diese auf der eGK speichern.

Finanzielle Anreize

Im Entwurf hat das BMG den Gesellschaftern der gematik Fristen bis zur Umsetzung der neuen eGK-Funktionen und der besseren Vernetzung gesetzt. Erfüllen Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Zahnärzte diese Fristen nicht, müssen sie mit finanziellen Sanktionen rechnen. Wegen der zweijährigen Anschubfinanzierung für die neuen Funktionen der eGK veranschlagt das Ministerium die jährlichen Mehrausgaben der Krankenkassen auf bis zu 31 Millionen Euro.

Um die elektronische Nutzung der eGK anzukurbeln und einer Blockadehaltung entgegenzuwirken, soll es nun für die

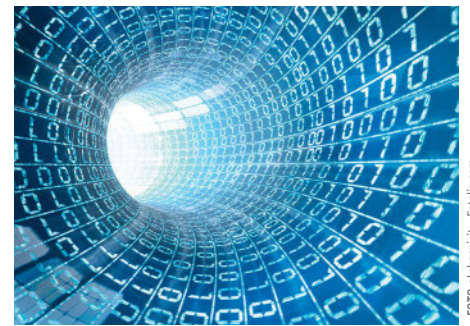


FOTO: alphaspirit – Fotolia.com

LICHT am Ende der Datenautobahn

Vertragsärzte eine zusätzliche Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes geben. Auch die Kliniken sollen dem Entwurf zufolge für jeden ausgestellten elektronischen Entlassbrief eine Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen.

Die Ersatzkassen begrüßen das Ziel, die Digitalisierung im Gesundheitswesen durch das neue Gesetz anzuschieben. Allerdings erscheinen die im ersten Referentenentwurf vorgesehenen finanziellen Anreize für die Beteiligten inkonsequent und teilweise unnötig. Auch der Gefahr, teure Parallelstrukturen zu etablieren, muss entgegen getreten werden. ■

INFORMATION

eHealth-Beirat Hessen

In Hessen wurde bereits 2013 auf Initiative des Hessischen Sozialministeriums der eHealth-Beirat Hessen eingerichtet. Dieser dient als Kooperationsplattform für Versorgungslösungen der Zukunft vieler Beteiligter im hessischen Gesundheitswesen. Ziel ist es, orientiert an bereits erfolgreich eingesetzten und bewährten Lösungen bei technischen Fragestellungen zu unterstützen. Der eHealth-Beirat tagt zweimal jährlich. Neben den Vertretern aus den Bereichen IT, Politik und der hessischen Medizintechnik sind auch die gesetzlichen Krankenkassen beteiligt.

LANDESBASISFALLWERT 2015

Einigung in letzter Minute: 4,5 Milliarden Euro für hessische Krankenhäuser

Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert (LBFW) 2015 waren schwierig: Seit November 2014 hatten die Vertragsparteien auf Landesebene, die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG), darum gerungen, den landesweit geltenden Basisfallwert für 2015 zu vereinbaren. Dieser bildet die Berechnungsgrundlage für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen. Da es zu zentralen Positionen keine Einigung gab, wurde die Schiedsstelle angerufen. Erst kurz vor dem Schiedsstellentermin kam es doch noch zum einvernehmlichen Kompromiss.

Damit beträgt der LBFW 2015 im Jahresdurchschnitt 3.176,96 Euro. Zur Abrechnung kommt ab dem 1. April 2015 ein unterjähriger LBFW von 3.187,60 Euro. Hochgerechnet auf die zu erwartende Summe der vereinbarten DRG-Leistungen ergibt sich ein voraussichtliches Jahresbudget für die hessischen Krankenhäuser von über 4,5 Milliarden Euro.

KRANKENHAUSREFORM

Das neue Planungskriterium heißt „Qualität“

Im Mittelpunkt der Eckpunkte zur Krankenhausreform der Bund-Länder-Arbeitsgruppe steht eine Qualitätsoffensive. Welche Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in Hessen sind zu erwarten?

Hessen spielte im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine wichtige Rolle, da Sozialminister Stefan Grüttner dort maßgeblich die Aktivitäten der CDU-geführten Bundesländer koordinierte. Mit dem (fakultativen) Einbezug von Qualität als viertem Kriterium in der Krankenhausplanung soll nun in Hessen ein erstes Ergebnis gesetzlich verankert werden. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat angekündigt, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Qualitätsindikatoren verbindlich im Planungsprozess zu berücksichtigen. Der Zeitpunkt hierfür ist günstig, da das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG) und der Krankenhausplan mit Wirkung zum 01.01.2016 überarbeitet werden müssen. Im HKHG müssen neben den Qualitätsindikatoren auch Konsequenzen festgelegt werden für den Fall, dass Krankenhäuser in einzelnen Leistungsbereichen oder

Fachabteilungen nachgewiesen dauerhaft schlechte Qualität erbringen. Zum Schutz der Patienten muss in diesem Fall auch ein (Teil-)Ausschluss von der Versorgung möglich sein.

Die „Krankenhausreform“ wird jedoch keine nennenswerte Verbesserung bei den Strukturproblemen bringen, die auch Hessen im Krankenhausbereich hat. Derzeit fehlen in Hessen Investitionsmittel von ca. 500 Mio. Euro pro Jahr. Auch der von der Bund-Länder-AG beschlossene Strukturfonds, der den Abbau von Überkapazitäten und die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheitszentren) fördern soll, wird sich für Hessen nur begrenzt auswirken: Insgesamt stehen hierfür lediglich 35 Mio. Euro aus Ländermitteln sowie 35 Mio. Euro aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung.



FOTO: vege - Fotolia.com

INVESTITIONSSTAU bremst Reformen

Gut ist, dass zukünftig klarer definiert werden soll, was ein „Zentrum“ ist. Zentrum kann künftig eine Einrichtung sein, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich auf Grund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Nach dem Hessischen Onkologiekonzept sind z. B. in Koordinationskrankenhäusern Perinatal- und Transplantationszentren als planerische Zentren ausgewiesen. Darüber hinaus gibt es z. B. „selbsternannte“ Geriatriezentren oder Brustzentren, deren „besondere“ Behandlungsqualität zukünftig anhand hoffentlich eindeutiger Kriterien zu beurteilen sein wird. ■

Neue Leistungen und mehr finanzielle Unterstützung für Pflegebedürftige

Das erste Pflegestärkungsgesetz weitet die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aus. Wir dokumentieren hier die wichtigsten Neuerungen, die seit 1. Januar 2015 in Kraft sind.

Die Pflegeversicherung zahlt seit Jahresbeginn mehr Geld für Pflegeleistungen. Alle Leistungsbeiträge wurden um vier Prozent angehoben, um die Preisentwicklung der vergangenen drei Jahre zu berücksichtigen. Für Leistungen, die erst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz Anfang 2013 eingeführt worden waren, erfolgte eine Anpassung um 2,67 Prozent.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Statt vier Wochen sind nun bis zu acht Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr möglich. Die Pflegekasse beteiligt sich dafür künftig mit bis zu 3.224 Euro an den Kosten. Bisher wurden nur bis zu 3.100 Euro übernommen. Die Verhinderungspflege kann unter entsprechender Anrechnung auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zu sechs Wochen im Jahr in Anspruch genommen werden statt bisher für vier Wochen. Es stehen nunmehr für die Verhinderungspflege pro Jahr bis zu 2.418 Euro zur Verfügung, bisher waren es maximal 1.550 Euro.

Tages- und Nachtpflege

Bisher wurden die Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflege und ambulanten Pflegeleistungen zum Teil aufeinander angerechnet. Das hat sich geändert: Wer ambulante Sachleistungen und/oder Pflegegeld bekommt, kann nun daneben Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung voll in Anspruch nehmen. Damit steht deutlich mehr Geld zur Verfügung. Bisher gab es für die Kombination von Tagespflege und ambulanten Pflegesachleistungen in der



FOTO: Alexander Roth - Fotolia.com

MEHR LEISTUNGEN für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Pflegestufe III maximal 2.325 Euro. Jetzt stehen hierfür bis zu 3.224 Euro monatlich zur Verfügung. Erstmals erhalten auch Demenzerkrankte diese Leistung.

Niedrigschwellige Angebote

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen wurden ausgebaut und auf alle Pflegebedürftige ausgeweitet. Damit können Leistungen von Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege und Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste oder nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote finanziert werden.

Mehr „zusätzliche Betreuungskräfte“

Stationäre Pflegeeinrichtungen erhalten auf Basis des neuen Gesetzes für ihre Leistungen, die nun einem größeren Personenkreis zugutekommen, bundesweit

rund eine Milliarde Euro mehr im Jahr. Dies resultiert vor allem daraus, dass bundesweit die Zahl der „zusätzlichen Betreuungskräfte“ von bisher rund 25.000 auf bis zu 45.000 Betreuungskräfte erhöht werden kann.

»Um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) wurde der Beitragssatz für die Soziale Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 angehoben.«

Die ergänzenden Betreuungsangebote durch „zusätzliche Betreuungskräfte“ stehen nun ferner allen Pflegebedürftigen offen; bisher kamen sie nur Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z.B. Demenzerkrankten) zugute. ■

INTERVIEW

Weniger Dokumentation – mehr Effizienz

Über die bundesweite Umsetzung des BMG-Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ sprachen wir mit Regine Krampen, Leiterin des Kooperationsgremiums für Hessen, in dem auch die Ersatzkassen vertreten sind.

vdek Immer wieder hört man, dass ausufernde Dokumentationspflichten den Pflegekräften den Arbeitsalltag erschweren und ihnen Zeit für die Beschäftigung mit den Menschen nimmt. Welche Bedeutung hat die Dokumentation in der Pflege?

Regine Krampen Ursprünglich, vom Grundgedanken her, ist die Pflegedokumentation das Instrument, das dazu dient, den Pflegeprozess zu steuern. Die Dokumentation muss diesen Prozess nachvollziehbar abbilden und kann so Werkzeug für professionell Pflegende sein, die Arbeit mit den ihnen anvertrauten Menschen in gleichbleibender Qualität zu erbringen.

Dass die Pflegedokumentation in den vergangenen Jahren derart ausgeübt ist, haben alle Akteure gemeinsam zu verantworten: Prüfinstanzen, die eine grundsätzliche Beweislastumkehr in der Pflege proklamiert haben, Leitungen oder Qualitätsmanager von Einrichtungen, die grundsätzlich vorgegeben haben, alles für alle zu dokumentieren, auch weil sie die Dokumentationen zur betrieblichen und betriebswirtschaftlichen Steuerung genutzt haben, aber auch Pflegemitarbeiter, die versucht haben, fachliche Unsicherheit über besonders kleinteilige Dokumentation abzusichern.

vdek Bundesgesundheitsminister Gröhe hat sich die „Entbürokratisierung“ der Pflege auf die Fahnen geschrieben und ein Bundesprojekt angestoßen ...

RK Dem Thema hat man sich in einem Kreis verschiedener Experten aus Wissenschaft und Praxis gewidmet und das Ergebnis dann juristisch überprüfen lassen.

Anschließend wurde die veränderte Dokumentation in einem breit angelegten Praxistest in ambulanten und stationären Einrichtungen erprobt und für praxistauglich befunden.

vdek Was ändert sich bei der neuen Form der Pflegedokumentation?

RK Die neue Form der Dokumentation löst sich von dem in der deutschen Altenhilfe fast flächendeckend eingeführten AEDL-Modell und arbeitet insbesondere im Bereich der Informationssammlung mit fünf bzw. sechs Themenfeldern. Zusätzlich vorangestellt wird die Betroffenenperspektive in Bezug auf die pflegerische Versorgung. Die Informationssammlung erfolgt in Freitextform. Die daraus abzuleitende Maßnahmenplanung soll sich an der Tagesstruktur des Betroffenen orientieren. Die Einschätzung von personenbezogenen Risiken erfolgt zunächst in Form eines Screenings. Die größte Veränderung ist sicherlich der Verzicht auf den Nachweis erbrachter geplanter Regelleistungen im stationären Bereich. Diese werden ersetzt durch eine sogenannte Abweichungsdokumentation im Rahmen des Pflegeberichtes.

vdek Wie schätzen Sie die Umsetzung ein? Wird es schnell zu einer flächendeckenden Umstellung kommen?

RK Eine flächendeckende Umsetzung kann nur gelingen, wenn alle Akteure von dem Projekt überzeugt sind und es gemeinsam vorantreiben. Hier sind wir in Hessen auf einem guten Weg. Es kann auch außerhalb des Projektes mit verschlankter Dokumentation gearbeitet werden, wenn die



FOTO privat

REGINE KRAMPEN, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Pflegewissenschaftlerin (BScN) von der Oberen Betreuungs- und Pflegeaufsicht beim Regierungspräsidium Gießen leitet das hessische Kooperationsgremium zur Umsetzung der neuen Pflegedokumentation.

Grundvorgaben an Pflegedokumentation erfüllt werden.

vdek Was ist mit Information und Transparenz? Droht nicht ein Qualitätsverlust, wenn weniger nachvollziehbar dokumentiert werden muss?

RK Es ist zu vermuten, dass eine in der vorgestellten Art und Weise verschlankte Dokumentation für deutlich mehr Transparenz sorgen wird. Wenn es gelingt, die veränderte Dokumentationsstruktur fachlich fundiert umzusetzen, wird der Aufwand voraussichtlich geringer, die Dokumentation dadurch jedoch nicht weniger nachvollziehbar werden.

vdek Wie schätzen Sie die Auswirkungen auf die Überprüfungen von Pflegeeinrichtungen und Diensten ein? Wird die Arbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) dadurch erschwert?

RK Ich glaube, dass es nach Schulung unserer Prüfer in der neuen Struktur unproblematisch sein wird, zu einer Bewertung zu kommen. Es muss deutlich werden, dass Betreuung und Pflege prozesshaft geplant und durchgeführt werden. In diesem Sinne ist Dokumentation immer Plausibilitätsprüfung. Daran wird sich auch zukünftig nichts ändern. ■

Bedarfsplanung weiter verfeinert

Der 2013 verabschiedete Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Hessen ist Ende des Jahres 2014 ausgelaufen. Im Zuge der notwendigen Überarbeitung wurden ganz gezielt regionale Besonderheiten identifiziert und dabei überprüft, ob der im Jahr 2013 vorgenommene Neuzuschnitt der Planungsbereiche den Anforderungen der ärztlichen Versorgung gerecht wird. Die kurze Laufzeit von 18 Monaten war nach dem Willen der Beteiligten im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vereinbart worden, um die Effekte der Neuregelung möglichst frühzeitig prüfen zu können.

Basis für den aktuell neu verabschiedeten Bedarfsplan sind weiterhin die 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) überarbeiteten Bedarfsplanungsrichtlinien. Seither wird in Hessen die hausärztliche Versorgung nicht mehr für die 26 Landkreise und kreisfreien Städte sondern für 67 deutlich kleinere, sogenannte Mittelbereiche geplant.

Die Überprüfung der neuen Bedarfsplanung zeigt, dass es weiterhin keine grundsätzlichen Probleme in der Versorgung in Hessen gibt. Vielmehr wird deutlich, dass die vermehrten Niederlassungsoptionen im hausärztlichen Bereich als Ergebnis der deutlich kleineren Planungsgebiete auch von den Ärzten genutzt werden. Gleichzeitig ist feststellbar, dass es weiterhin viele Planungsgebiete gibt, die wegen planerischer Überversorgung für weitere Zulassungen gesperrt sind.

Im Vorfeld der aktuellen Weiterentwicklung des Bedarfsplans erfolgten auch zahlreiche Gespräche mit Vertretern von Kommunen vor Ort, um Hinweise zu erhalten, wo die Überführung der Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie noch zu keiner befriedigenden Situation geführt hat. Begleitend wurden detaillierte Analysen beispielsweise zur Auslastung von Arztpraxen und Patientenströmen zwischen Gemeinden und Städten erstellt. Die Auswertung ergab, dass in einigen Fällen Planungsbereiche wegen struktureller Besonderheiten vor Ort angepasst werden. Dabei werden beispielsweise einzelne Gemeinden einem anderen Mittelbereich zugeordnet, woraus sich neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte ergeben können.

Die Beteiligten im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen haben vereinbart, dass die erstmals in dieser Detailstufe erfolgten Analysen bei der zukünftigen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung weiter verfeinert werden sollen. Damit kann ein noch stärkerer Bezug der Planung zum tatsächlichen Leistungsgeschehen erreicht werden, um die gute Versorgung weiter zu optimieren und auf die zukünftige Bevölkerungsentwicklung auszurichten.

vdek fordert: Qualität stärker berücksichtigen



FOTO: georg-foto

CLAUDIA ACKERMANN vertrat den vdek beim 9. Rhein-Main Zukunftskongress.

Die anstehenden Reformen im Krankenhausbereich standen im Mittelpunkt des Rhein-Main Zukunftskongresses „Krankenhaus & Partner“, der zum 9. Mal in Offenbach am Main stattfand. Zum Auftaktthema „Krankenhausreform – sind die Erwartungen erfüllt worden?“ vertrat Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, die Positionen der Ersatzkassen

in einer Podiumsdiskussion mit Sozialminister Stefan Grüttner, dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, dem Vorsitzenden des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser, Bernhard Ziegler, sowie Sascha John vom Sana Klinikum Offenbach. In ihrem Vortrag am zweiten Tag des von Prof. Dr. Eberhard Wille moderierten Kongresses sprach sich Claudia Ackermann im Besonderen für eine stärkere Berücksichtigung von Qualität der Versorgung bei der Krankenhausplanung aus.

Neuer Stützpunkt in Wetzlar



FOTO: HILL, Wetzlarer Zeitung

Anfang des Jahres wurde unter Federführung der Ersatzkassen in gemeinsamer Trägerschaft der Verbände der Pflege- und Krankenkassen sowie dem Lahn-Dill-Kreis ein neuer Pflege

gestützpunkt in Wetzlar eröffnet. Dort erhalten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und ihre Angehörigen umfassende Informationen und Hilfe rund um das Thema Pflege. Die Beratung ist vertraulich, unabhängig und kostenlos. Beim Tag der offenen Tür begrüßten die Pflegeberaterinnen Kathrin Gaidies und Elvira Purschke-Hohmann den Sozialdezernenten Stephan Aurand (Lahn-Dill-Kreis), Reinhard Wolf (DAK-Gesundheit) und Jürgen Kunkel vom vdek (Bild v.r.).

LANDESPROJEKT

Kampfansage gegen Krankenhauskeime

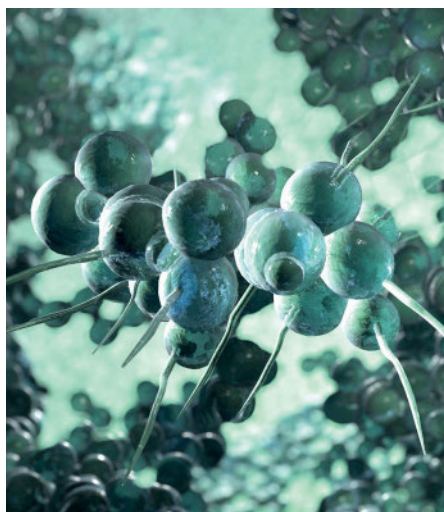
Wer ins Krankenhaus kommt, erwartet dort geheilt zu werden – nicht, sich mit Krankheitserregern zu infizieren. In Hessen suchen die Partner im Gesundheitswesen nach Lösungen, um Krankenhausinfektionen zu verhindern.

Nosokomiale Infektionen (NI) stellen in Deutschland trotz seines hochentwickelten Gesundheitssystems ein relevantes Risiko für Patienten und eine Herausforderung an die klinische Hygiene sowie den Infektionsschutz dar. Unter den bei einem Krankenhausaufenthalt erworbenen Infektionen stehen die Multiresistenten Erreger (MRE) besonders im Fokus. In Hessen wurde im Jahr 2012 laut Hessischem Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) bei über 20.000 Krankenhauspatienten ein Infektionserreger diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 1,6 Prozent aller stationären Fälle. Die Behandlung von betroffenen Patienten ist aufwändig und kostenintensiv.

Ursachen identifizieren

Auf Initiative des Hessischen Sozialministeriums entwerfen derzeit Vertreter der GKV und der Krankenhausesseite gemeinsam mit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) und unter Einbindung des HMSI ein Konzept zur Durchführung eines Landesprojektes zur „Analyse der MRE-Prävalenz sowie Maßnahmen zur Reduktion nosokomialer Infektionen durch MRE in hessischen Krankenhäusern“.

Ziel des Projektes ist es, zunächst in einem ersten Schritt durch Datenerhebung mögliche Ursachen der Verbreitung von MRE zu identifizieren und Transparenz über die Ursachen zu schaffen, die vom Krankenhaus beeinflusst werden können oder ggf. von anderer Seite



EIN MRSA-ERREGER unter dem Rastermikroskop

beseitigt werden müssen. Nach Durchführung noch näher zu definierender Maßnahmen sollen danach in einem sogenannten „strukturierten Dialog“ mögliche Qualitätsdefizite in den Krankenhäusern einvernehmlich behoben werden. Die Ersatzkassen setzen sich dabei unter anderem dafür ein, dass das Projekt so ausgestaltet wird, dass bei Auffälligkeiten zeitnah wirksame Maßnahmen eingeleitet werden können.

Mit großem Interesse werden auch die Aktivitäten der Bundesregierung beobachtet, die aktuell einen Zehn-Punkte-Plan mit Maßnahmen vorgelegt hat, um multiresistente Erreger zu bekämpfen. Demnach sollen unter anderem die Meldepflichten für Kliniken bei Auftreten gefährlich resistenter Erreger verschärft werden. Hier muss geprüft werden, inwieweit sich die Pläne aus Bund und Land sinnvoll ergänzen, um den Aufbau teurer Parallelstrukturen zu vermeiden. ■

ARZNEI- UND HEILMITTEL

Neue Therapien besonders berücksichtigt



FOTO www.bestechend.de

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen sowie die dazu gehörigen Richtgrößenvereinbarungen für das Jahr 2015 in Hessen konnten aktuell nach weitgehend einvernehmlichen Gesprächen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Hessen abgeschlossen werden. Die Veränderungen gegenüber dem Jahr 2014 bewegen sich dabei im Rahmen der Bundesvorgaben. Die Obergrenze der möglichen Arzneimittelausgaben in Hessen im Jahr 2015 beläuft sich damit auf über 2,3 Milliarden Euro, die der Heilmittelausgaben auf knapp 320 Millionen Euro. Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung relevanten Richtgrößen wurden bei den Arzneimitteln moderat angehoben und bei den Heilmitteln in gleicher Höhe fortgeschrieben.

Hierbei konnten zwischen den Vertragspartnern zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung erneut ambitionierte Ziele, im Besonderen bei der Verwendung von Generika, vereinbart werden. Berücksichtigt wurden hierbei auch die neuen Therapiemöglichkeiten bei Hepatitis-erkrankungen. Da die Medikamente für diese Behandlungen derzeit noch sehr teuer sind, wurden sie aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Verordnungsverhaltens der hessischen Ärzte herausgenommen.

Präventionsgesetz: Korrekturen gefordert

Das geplante Präventionsgesetz, das in diesem Jahr vom Bundestag beschlossen werden soll, stößt beim Verband der Ersatzkassen auf Kritik. Vor allem die Quersubventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch Beitragsmittel ist für die Ersatzkassen nicht hinnehmbar. Laut Referentenentwurf soll die BZgA, eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit, mit mindestens 0,50 Euro je gesetzlich Versichertem für die Prävention in sogenannten Lebenswelten, wie Kindergärten, Schulen oder Pflegeeinrichtungen, ausgestattet werden. Bei ca. 5,2 Mio. Versicherten in Hessen entspräche dies einem Beitrag von knapp 2,6 Millionen Euro, der aus Krankenkassenbeiträgen an die BZgA abgeführt werden müsste. Die Aufgabe, konkrete Präventionsangebote in Lebenswelten zu entwickeln und zu steuern, gehört nach Ansicht des vdek in die Hände der Selbstverwaltung.

SELBSTVERWALTUNG

Information im www



Wissenswertes, Fakten und Hintergründe zu den Themen „Sozialwahl“ und „Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung“, anschaulich und zeitgemäß präsentiert, bietet der Internetauftritt www.selbstverwaltung.de. Die gründlich überarbeitete Seite zeigt unter anderem einen Animationsfilm sowie Portraits von Selbstverwaltern.

KRANKENHAUSPLANUNG

vdek-Veranstaltung zum Vormerken

„Reform der Krankenhausplanung – Der große Wurf?“ lautet der Titel der gesundheitspolitischen Veranstaltung, zu der die vdek-Landesvertretung Hessen am 18. September 2015 ins „Haus am Dom“, Frankfurt einlädt. Diskussionsteilnehmer sind Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister, Prof. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius, Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, Dr. Edgar Franke, MdB und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, Dieter Bartsch, Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Jochen Metzner, Referatsleiter Krankenhausversorgung im HMSI, und Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung. Über weitere Details informiert in den kommenden Wochen die Einladung sowie die Homepage der vdek-Landesvertretung (www.vdek.com/LVen/HES).

PERSONALIE

Jürgen Kunkel neuer Stellvertreter



FOTO www.bes-tuechend.de

Die vdek-Landesvertretung Hessen hat einen neuen stellvertretenden Leiter: Jürgen Kunkel ist seit Ende 2014 offiziell Vertreter von Leiterin Claudia Ackermann. Der 57-jährige ist ein erfahrener Ersatzkassenmann: Vor über 20 Jahren kam er von der Barmer Ersatzkasse zum Verband und leitet bereits seit 1996 das Referat Pflege der hessischen Landesvertretung.

VERSORGUNG

Gesundheitspakt 2.0 unterzeichnet



FOTO www.ch-back.de

HESSISCHER PAKT 2.0: die Unterzeichner

Die Anschlussvereinbarung zum hessischen Gesundheitspakt („2.0“) wurde am 23.3.2015 vom Hessischen Sozialminister Stefan Grüttner und zahlreichen Organisationen des hessischen Gesundheitswesens unterzeichnet. Für die GKV in Hessen nahm Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung, an der öffentlichen Unterzeichnung teil. Der Pakt sieht unter anderem vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mittel aus dem Strukturfonds zur Verfügung stellen, u. a. für die Förderung von Medizinstudenten im Praktischen Jahr, die Förderung der Niederlassung von Ärzten in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf sowie ein Hospitationsmodell von Krankenhausärzten in „Landarztpraxen“.

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
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239