

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE NEUWAHL Vorstandsvorsitzende des vdek | KRANKENHAUSPLANUNG IN HESSEN | KOMMENTAR  
PFLEGENEUAUSRICHTUNGSGESETZ | VERANSTALTUNGEN

## HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST/SEPTEMBER 2012

### RUBRIK

## Wechsel an der Spitze des vdek

FOTO: vdek



ULRIKE ELSNER, neue Vorstandsvorsitzende des vdek

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) e. V. hat am 11. Juli 2012 Ulrike Elsner zur neuen Vorstandsvorsitzenden gewählt. Sie tritt die Nachfolge von Thomas Ballast an, der mit Wirkung zum 1. Juli 2012 zum stv. Vorstandsvorsitzenden der TK gewählt wurde. Ulrike Elsner kommt aus Schleswig-Holstein und ist Volljuristin. Sie studierte Rechtswissenschaften an den Universitäten Augsburg und Freiburg und schloss ihr Studium im Jahr 1994 mit dem zweiten juristischen Staatsexamen erfolgreich ab. Beim vdek e. V. (früher VdAK/AEV) ist sie bis auf eine kurze Abordnung ins Bundesgesundheitsministerium bereits seit 1994 in verschiedenen Funktionen tätig. U. a. war sie Leiterin der Landesvertretung Sachsen, Leiterin der Abteilung „Ambulante Versorgung“ und seit 2009 Vertreterin des Vorstandsvorsitzenden.

### ARTIKEL

## Aktuelle Krankenhausplanung in Hessen – eine kritische Bewertung

Krankenhausplanung klingt zunächst nach einem vorausschauenden, ordnenden System. Inwieweit dies der aktuellen Realität entspricht und wo Verbesserungs- oder Gefahrenpotentiale liegen, ist Gegenstand des nachfolgenden Beitrages.

Die Krankenhausplanung in Hessen bestand lange aus einer prognostischen Festlegung von Bettenzahlen in den Regionen auf Basis von Bevölkerungskennzahlen. Die so ermittelten Bettenzahlen wurden im Anschluss auf die einzelnen Krankenhäuser und deren Fachabteilungen verteilt.

Mit einer komplexen mathematischen Formel (sog. „Hill-Burton Formel“) wurde anhand der landesweiten, regionalen und auch fachabteilungsbezogenen Fallzahlen in Korrelation zur Bevölkerungsentwicklung der Bedarf in Bettenzahlen ausgedrückt und festgelegt. Diese planerischen Festlegungen wurden ab einem bestimmten Stichtag sukzessive in den einzelnen Krankenhäusern umgesetzt.

Mit dem „Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009“ beschritt das zuständige Hessische Sozialministerium (HSM) gemeinsam mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten einen neuen Weg, weg von der reinen Bettenplanung hin zu einer Rahmenplanung. Diese Form der Krankenhausplanung beschränkt sich nur noch auf

die Festlegung von allgemeinen Rahmenvorgaben (Planungsgrundsätze/Planungsziele, u.a. Notfallversorgung, besondere regionale Aufgaben, Gestaltungskriterien für regionale Versorgungskonzepte). Die Krankenhausversorgung in den sechs Versorgungsregionen Hessens (Kassel, Fulda-Bad Hersfeld, Gießen-Marburg, Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden-Limburg, Darmstadt) sollte in regionalen Krankenhauskonferenzen entwickelt und strukturiert werden.

### Das Hessische Krankenhausgesetz 2011

Mit dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011 wurden sog. Gesundheitskonferenzen (GK) eingerichtet, die eine deutlich andere Ausrichtung als die bisher bestehenden regionalen Krankenhauskonferenzen haben sollten. In den GKs soll unter Einbeziehung verschiedener Versorgungsbereiche die Versorgungssituation sektorenübergreifend betrachtet werden. Nach den ersten Erfahrungen mit der Arbeit der GKs zeigen sich Schwierigkeiten in der Umsetzung der genannten Ziele. U. a. ist unklar,



## KOMMENTAR

### „Planlose“ Krankenhausplanung?



von  
CLAUDIA ACKERMANN  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Hessen

Seit Jahrzehnten prosperiert der Krankenhausmarkt trotz aller Abgesänge auf seinen Untergang. Alleine in Hessen stiegen die Preise, vereinbart als sog. Landesbasisfallwerte, seit 2005 um fast 10%, die Leistungsmenge sogar um ca. 18%. Gestiegene Morbidität allein erklärt diese Steigerungen nicht, zumal die Deutschen zwar älter, aber dabei nicht immer kränker werden. Dennoch steigen die Bettenzahlen nach einem Rückgang in den 1990er Jahren seit 2006 wieder kontinuierlich an. Nachvollziehbare Begründungen etwa im Versorgungsbedarf sind rar. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass u.a. die fehlende Koordination zwischen konkurrierenden Gesetzgebern auf Landes- und Bundesebene eine stringente Steuerung zusehends verhindert. Wer will es da Krankenträgern verdenken, dass sie das System zur Gewinnmaximierung nutzen. Hier wäre ein beherrschtes Einschreiten der politisch Verantwortlichen auf Basis unabhängiger Bedarfsermittlung erforderlich, damit die Mittel der Versicherungsgemeinschaft auch dort ankommen, wo sie in der Versorgung tatsächlich gebraucht werden. Die Leistungserbringerseite sollte ihr Handeln mehr am objektiven Versorgungsbedarf orientieren. Ob das realistisch ist? Mehr politische Steuerung auch auf Landesebene wäre nötig. Die Krankenkassenseite würde sich einer konstruktiven Zusammenarbeit nicht verschließen.



welches Gremium formelle Anträge von Krankenhäusern z.B. auf Kapazitätserweiterungen entscheiden soll/darf. So wurden Beschlüsse zuerst in den GKen und dann erneut im Landeskrankenhausausschuss (LKHA) getroffen oder Anträge von den GKen an den LKHA delegiert. Auch die nicht ausgewogene Besetzung der GKen führt dazu, dass nach wie vor stark krankenzentrierte Empfehlungen abgegeben werden, die den sektorübergreifenden Ansatz und die Interessen der Versicherungsgemeinschaft nicht ausreichend berücksichtigen.

Aus Sicht der vdek-Landesvertretung sind zur Erledigung der ambitionierten Aufgaben der GKen konkrete, formale „Spielregeln“ notwendig, welche u. a. die Zuständigkeiten und Befugnisse der GKen klar von denen des LKHA abgrenzen.

#### Krankenhausrahmenplanung – Chancen und Risiken

Die Krankenhausrahmenplanung soll den Krankenhäusern neue Freiheiten geben, damit sich diese am Krankenhausmarkt positionieren und dabei die Versorgung aktiv weiter entwickeln können. Zugleich fallen diese Freiheiten in eine Zeit, in der die Gefahr besteht, dass krankenhausspezifische Entscheidungen weniger zur Weiterentwicklung der Versorgung als aufgrund von wirtschaftlichen Interessen getroffen werden. Die Erbringung von Leistungen, die eine Gewinnerzielung

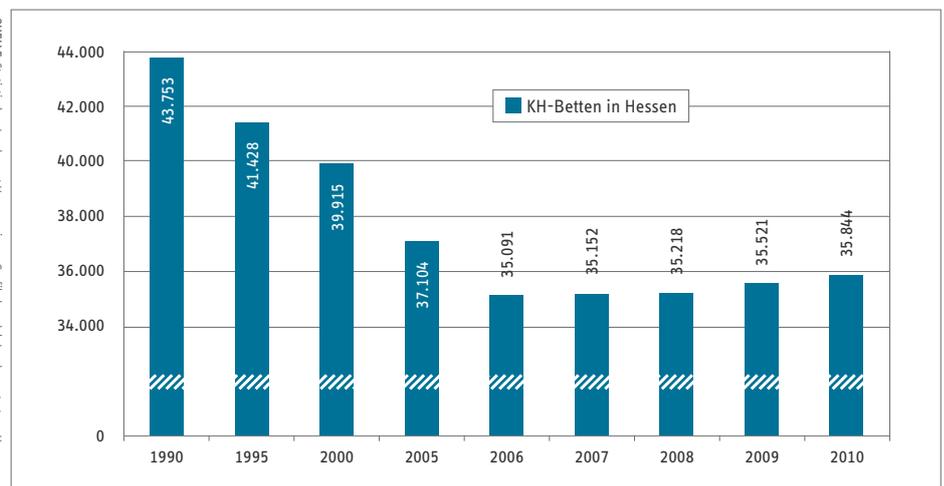
ermöglicht, birgt somit die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrageausweitung. Dies widerspricht den Vorgaben einer medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Leistungserbringung und -versorgung und wirft u. a. Fragen nach einer bedarfsgerechten Indikationsstellung auf.

Z.B. wird aktuell die zu hohe Anzahl von Eingriffen mit Hüft- und Knieendoprothesen diskutiert. Die Zahl der Operationen an den Bandscheiben steigt ebenfalls seit Jahren an. Rund 400.000 Eingriffe zählte das Statistische Bundesamt im Jahr 2010. Auf dem 6. Deutschen Wirbelsäulenkongress im Dezember 2011 in Hamburg betonten Experten, dass 85 Prozent der Eingriffe überflüssig sind und rein „konservativ“, das heißt durch Krankengymnastik und im Weiteren durch gezielten Sport hätten behandelt werden können

Der Spagat zwischen der Freiheit in der Gestaltung des Leistungsangebots in einem zunehmend wettbewerblich orientierten Umfeld bei Gewährleistung des Versorgungsauftrages (z. B. Notfallversorgung) und der Versorgung von Patienten ist schwierig aber leistbar.

Hierzu bedarf es – trotz aller wünschenswerten Freiräume – einer guten, durch das zuständige Ministerium gesteuerten Strukturierung der landesweiten Aktivitäten, um Entwicklungen zu verhindern, die nicht dem Wohle der Patientenversorgung dienen. ■

QUELLE: Statistisches Landesamt Hessen; eigene Grafik der vdek-Landesvertretung Hessen



KRANKENHAUSBETTEN IN HESSEN Entwicklung von 1990 – 2010

# Neue ambulante spezialfachärztliche Versorgung

**D**urch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zum 1. Januar 2012 der Versorgungsbereich der sog. ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird bis zum 31. Dezember 2012 die Inhalte dieses neuen Versorgungsbereiches konkretisieren.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen hierdurch die bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsangebote im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung verbunden und weiterentwickelt werden.

Dieser neu zusammengefasste Versorgungsbereich soll die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten umfassen, die eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und/oder besondere Ausstattungen erfordern. Dies betrifft vor allem schwere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. Krebserkrankungen oder schwere Herzinsuffizienzen), seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungsangebote.

Schon heute existiert ein großes ambulantes fachärztliches Versorgungsangebot durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, dessen Vielfalt für Patienten schwer überschaubar ist. Deshalb sollen nachfolgend die Auswirkungen dieses neuen „spezial“-fachärztlichen Versorgungssegments und seine Chancen und Risiken für die Versicherten und Patienten beleuchtet werden.

## Struktur und Zulassung

Der G-BA hat die wichtige Aufgabe, die einbezogenen Krankheitsbilder zu konkretisieren, die Qualifikations- und

Strukturvoraussetzungen festzulegen, das Überweisungserfordernis zu regeln und Kooperationskriterien für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser zu treffen, damit am 1. Januar 2013 das neue Versorgungsangebot geordnet an den Start gehen kann.

Niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser können damit an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, sofern sie die personellen und strukturellen Voraussetzungen erfüllen. Hierzu müssen sie ihre Teilnahmebereitschaft gegenüber dem zuständigen sog. „erweiterten Landesausschuss“, einem Gremium, in dem Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen vertreten sind, anzeigen. Der erweiterte Landesausschuss prüft innerhalb von zwei Monaten, ob der Leistungserbringer die Anforderungen und Voraussetzungen erfüllt. Sollte innerhalb dieser Frist keine negative Entscheidung ergehen, kann er seine Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbringen und die Vergütung unmittelbar mit der jeweils zuständigen Krankenkasse abrechnen. Hierzu wird auf Bundesebene ein verbindliches diagnosebezogenes Gebührensystem entwickelt.

## Chancen und Risiken

Aus Sicht der Ersatzkassen ist das Grundanliegen, eine Verbesserung der Versorgung seltener, komplexer und schwieriger Erkrankungen zu erreichen, unterstützenswert. I. ü. kann es auch medizinisch sinnvoll sein, eine stationär begonnene komplexe Behandlung ambulant im Krankenhaus weiterzuführen. Ein sektorverbindender Versorgungsbereich kann so helfen, die Versorgung der Patienten nachhaltig zu verbessern.

Es ist jedoch unter Qualitätsgesichtspunkten für den Patienten problematisch, dass in dieser Versorgung alle medizinischen Leistungen erlaubt werden, die nicht ausdrücklich vom Bundesausschuss verboten wurden (sog. Verbotsvorbehalt / „Negativliste“). Die Erfahrungen zeigen, dass nicht alle Innovationen einen Fortschritt für den Patienten darstellen.

Auch ist derzeit nicht abzusehen, ob die zu erwartenden höheren Kosten in einem angemessenen Verhältnis zur Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung stehen. Denn leider hat es der Gesetzgeber versäumt, für diesen Bereich Bedarfsplanungsinstrumente vorzusehen. D. h., die Leistungen können nach dem Prinzip „Wer kann, der darf und so oft er will“ angeboten und abgerechnet werden. Da es im Vorfeld keine Erhebung des tatsächlichen medizinischen Bedarfs gab, wird die Anzahl der zur Versorgung berechtigten Fachärzte und Krankenhäuser nicht begrenzt. Dies wird vermutlich zu einer erheblichen, eben nicht am Bedarf orientierten Ausweitung des Leistungsangebots vor allem in ohnehin gut versorgten Ballungsräumen führen.

Ferner besteht die Gefahr, dass durch die Zusammenführung dieses speziellen Versorgungssektors Vertragsärzte und Krankenhäuser ihre Kapazitäten verstärkt und betriebswirtschaftlich motiviert dort einsetzen. Mit der Perspektive sinkender Ärztezahlen würde dies zu Lasten der Basisversorgung gerade in ländlichen Regionen gehen. Ärzte und Krankenhäuser sind somit aufgefordert, die Umsetzung der spezialfachärztlichen Versorgung verantwortungsvoll und versorgungsorientiert zu gestalten und Kooperationsmöglichkeiten zum Wohle des Patienten zu nutzen. ■

# Das Pflege neuordnungsgesetz – ein erstes Blitzlicht

Die Ersatzkassen begrüßen die Leistungsverbesserungen, die mit dem Pflege neuordnungsgesetz zum 1.1.2013 eingeführt werden. Positiv zu bewerten ist zudem, dass es keine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung geben wird. Damit bleibt es bei einer solidarischen paritätischen Finanzierung.

**A**m 29. Juni 2012 hat der Deutsche Bundestag das Pflege neuordnungsgesetz (PNG) verabschiedet. Hierbei wurde u. a. dem in der Koalition bis zuletzt umstrittenen Vorhaben der Einführung einer privaten Pflegezusatzversicherung zugestimmt, dies jedoch ohne Verpflichtung zu einem Abschluss. Wer eine private Pflegezusatzversicherung abschließt, soll dafür im Monat fünf Euro Zuschuss vom Staat erhalten.

Geplant ist die Einführung eines staatlichen Zuschusses in Höhe von 60 Euro pro Jahr, sofern der Versicherte eine förderfähige private Pflegezusatzversicherung abschließt, für die pro Jahr mindestens ein Beitrag von 120 Euro zu zahlen ist. Außerdem muss der Versicherungsnehmer anhand der Vertragsunterlagen nachweisen, dass diese Pflegezusatzversicherung eine Pfl egetagegeldversicherung beinhaltet. Für den Abschluss dieser Zusatzversicherung soll kein Gesundheitscheck im Vorfeld verpflichtend sein. Dieser Umstand könnte zu höheren Beiträgen im Vergleich zu den sonst für private Zusatzversicherungen üblichen Tarifen führen. Die Konsequenz wird vermutlich sein, dass nur wirtschaftlich gut gestellte Versicherte eine derartige Versicherung abschließen und Zuschüsse in Anspruch nehmen werden.

Menschen mit unterdurchschnittlichen Einkommen würden aus finanziellen Gründen nicht in der Lage sein, ebenfalls eine Versicherung abzuschließen, und blieben damit unversorgt. Diese Vermutung wird auch durch die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie in ihrer Stellungnahme vom 21. Juni 2012 bekräftigt.

Aus Sicht der Ersatzkassen wird mit der Förderung der privaten Pflegevorsorge (und damit auch der privaten Versicherungen) das grundsätzliche Finanzierungsproblem in der Pflege nicht gelöst. Der hierfür vorgesehene staatliche Zuschuss in Höhe von monatlich fünf Euro zu jeder einzelnen, förderfähigen Pflegezusatzversicherung wäre in der sozialen Pflegeversicherung besser investiert, um damit den Aufbau einer Demografiereserve zu unterstützen.

Die Ersatzkassen begrüßen ferner, dass mit dem PNG die Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter



FOTO: BMJ/Deutsche

BUNDESGESUNDHEITSMINISTER Daniel Bahr

Alltagskompetenz, zum Beispiel an Demenz Erkrankte, ab 1. Januar 2013 aufgestockt werden. Z. B. werden die finanziellen Leistungen für die Pflegestufen 0 bis II zukünftig erhöht.

Allerdings kann dies nur ein erster Schritt sein. Für an Demenz Erkrankte und ihre Angehörigen ist eine zeitnahe Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dringend erforderlich, um ihnen angemessene Leistungen zur Verfügung stellen zu können. Die Grundlage wurde bereits mit dem seit Mitte 2009 vorliegenden Beiratsbericht zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen. Leider wurden die Ergebnisse im PNG nicht aufgegriffen. Insofern ist es wichtig, jetzt eine verbindliche Vorgehensweise festzulegen, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden soll. Leider sieht das jetzt verabschiedete Gesetz hierzu keinen Zeit- und Finanzrahmen vor. ■

# Qualitätsfortschritte in der Pflege – MDS Qualitätsbericht

Die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste hat sich verbessert. Das zeigt der aktuelle Pflege-Qualitätsbericht auch für Hessen.

**D**er Medizinische Dienst der Spitzenverbände (MDS) und die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) erstellen gemäß § 114a Abs. 6 SGB XI alle drei Jahre einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Nach 2004 und 2007 wurde jetzt der dritte Bericht veröffentlicht.

Grundlage sind alle Qualitätsprüfungen, die zwischen dem 1. Juli 2009 und dem 31. Dezember 2010 durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 8.101 Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und 7.782 Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten ausgewertet und der Pflegezustand von ca. 62.000 Pflegeheimbewohnern sowie ca. 45.000 Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, untersucht. Sie prüften die Pflegemaßnahmen und befragten die Pflegebedürftigen nach ihrer Versorgungssituation.

Der Hauptfokus der Qualitätsprüfungen liegt auf der Versorgungsqualität. Hierzu wird bei einer Zufallsstichprobe von zehn Prozent der Pflegebedürftigen in der jeweiligen Einrichtung der Pflegezustand und die Pflegemaßnahmen bewertet. Fortschritte im Vergleich zum letzten Bericht gibt es bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung sowie beim Umgang mit Menschen mit Demenz. Verbesserungsbedarf sieht der MDS laut Bericht jedoch zum Beispiel noch bei der Vermeidung von Druckgeschwüren und der Erfassung von Schmerzen.

Bei der ambulanten Pflege wird nur die Qualität jener Leistungen evaluiert, über die der Pflegebedürftige einen Vertrag mit dem ambulanten Pflegedienst abgeschlossen hat. Eine sorgfältige pflegerische Bestandsaufnahme zu Beginn der Versorgung ist deshalb wichtig.

Insgesamt zeigten sich bei der Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege ähnliche Trends wie im stationären Bereich: Qualitätsfortschritte gab es beispielsweise bei der Ernährung und der Inkontinenzversorgung.

Verbesserungsbedürftig ist hingegen die Versorgung von Menschen mit Demenz. Es wurde u. a. erhoben, ob die Pflegedienste den Angehörigen Informationen und Hinweise zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen geben und ob bei der Pflege die biografischen Besonderheiten der von Demenz betroffenen Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Pflegedienste diese Möglichkeiten noch nicht ausreichend nutzten.

In Hessen wurden ähnliche Erfahrungen gemacht. Hier bestehen bei der Ermittlung des Wohlbefindens demenziell beeinträchtigter Menschen und der Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen Probleme, dies allerdings in einem geringeren Ausmaß als im Bundesdurchschnitt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Qualität in der Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste laut Bericht des MDS verbessert hat. Vor allem bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sowie im Umgang mit Menschen mit Demenz gab es

Fortschritte im Vergleich zum letzten Bericht aus dem Jahr 2007.

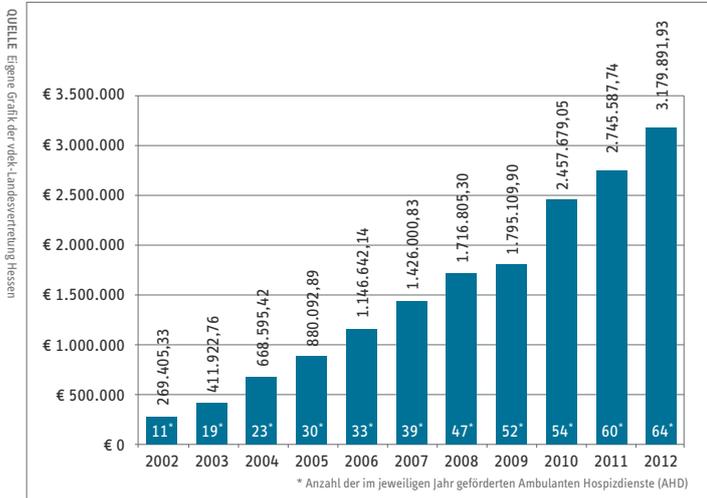
Bei anderen Pflegeproblemen wie z.B. der Vermeidung von Druckgeschwüren offenbaren sich jedoch noch Schwächen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis des 3. Pflegequalitätsberichtes: Relevante Expertenstandards werden in der Pflegepraxis noch nicht flächendeckend umgesetzt.

Unabhängig davon kommt der Bericht jedoch auch zu dem Ergebnis, dass die Durchführung von jährlichen Prüfungen in den Pflegeheimen und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse seit 2009 bei den Pflegeeinrichtungen Veränderungsprozesse in Gang gesetzt und damit die Qualität der Pflegeleistungen verbessert haben.

Auch in Hessen müssen sich die Pflegeeinrichtungen deshalb noch intensiver mit Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätsverbesserung auseinandergesetzt haben. Insgesamt besteht eine gute Versorgungsqualität in Hessen. Pflegerische Defizite in der einrichtungs- und personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität blieben Einzelfälle.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist es zwar erfreulich, dass sich die Situation im Vergleich zum Jahr 2007 verbessert hat. Allerdings wird auch deutlich, dass sich die Pflegequalität weiter verbessern muss. Qualitätsberichte und die Veröffentlichung von Pflegenoten sind dabei ein wichtiges Instrument. Sie verbessern die Transparenz und zeigen den Pflegeheimen und -diensten ihre Defizite auf. ■

## Förderung ambulanter Hospizdienste in Hessen



HOSPIZFÖRDERUNG durch die GKV in Hessen 2002 - 2012 (in Euro)

**A**mbulante Hospizdienste (AHD) erhalten nach Maßgabe des § 39a Sozialgesetzbuch V (SGB V) eine finanzielle Förderung. In Hessen betrug die Fördersumme im Jahr 2012 3,1 Millionen Euro. Die Ersatzkassen stellen mit 1,3 Millionen Euro den größten Förderanteil zur Verfügung.

Die Fördersumme erhöhte sich im Jahr 2012 von 2.745.587,74 Euro auf 3.179.891,93 Euro. Die Anzahl der geförderten Hospizdienste stieg im gleichen Zeitraum von 60 auf 64 Dienste an. Die Förderung der AHDs durch die Gesetzlichen Krankenkassen soll eine möglichst flächendeckende ambulante Hospizversorgung sicherstellen und so sterbenden Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende ermöglichen. Die bedarfsgerechte Versorgung schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase in ihrem gewohnten Umfeld ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Durch das qualifizierte Engagement der in den ambulanten Hospizdiensten ehrenamtlich tätigen Menschen wird diese Herausforderung wesentlich unterstützt. Die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen stehen dabei im Zentrum der Hospizarbeit. Hierbei wurden in Hessen im Jahr 2011 2.540 sterbende Menschen von 2.161 ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen betreut (2010: 2.119 Sterbebegleitungen durch 2.038 ehrenamtliche Mitarbeiter/innen).

Die Höhe des Finanzvolumens, das für die Förderung der AHDs zur Verfügung steht, hat sich in den zurück liegenden Jahren stetig und seit der Änderung des § 39a Sozialgesetzbuch V in Folge einer neuen Berechnungsweise besonders deutlich erhöht. Im Jahr 2002 betrug die Förderung von damals 11 AHDs noch 269.405,33 Euro. Bis zum Jahr 2012 stieg die Fördersumme für 64 AHDs auf 3.179.891,93 Euro an.

### Honorarvertrag 2012 (Zahnärzte)

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH) und die Ersatzkassen BARMER GEK, DAK-Gesundheit, KKH-Allianz, HEK und hkk konnten sich auf einen Honorarvertrag für das laufende Jahr verständigen. Damit ist die gute zahnärztliche Versorgung der Versicherten weiter gewährleistet.

### Neuregelung des zahnärztlichen Sprechstundenbedarfs (SSB)

Im Jahr 2011 wurde die mit der KZVH geschlossene Vereinbarung über den zahnärztlichen SSB durch den vdek zum 31. Dezember 2011 gekündigt, um im Vorfeld der in 2013 umzusetzenden Vergütungsnivellierung notwendige Anpassungen vorzunehmen. Die Verhandlungen mit der KZVH über eine ab 1. Januar 2012 geltende Anschlussregelung konnten erfolgreich abgeschlossen werden.

### Honorarvertrag 2011 (Ärzte) finalisiert

Das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Hessen (LSA) hatte am 8. August 2011 die Eckpunkte des Honorarvertrages 2011 festgesetzt. Hierbei ist es u. a. dem Antrag der Krankenkassen/-verbänden in Hessen zu einer Ausgabenbegrenzung für Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gefolgt. Da es im Anschluss Auslegungsprobleme gab, musste das LSA am 17. Mai 2012 erneut entscheiden. Damit konnte der Honorarvertrag 2011 finalisiert werden.

## Fotoausstellung in Frankfurt

**A**nlässlich seines 100. Geburtstages hat der vdek im letzten Jahr einen bundesweiten Fotowettbewerb veranstaltet. Junge Fotografen und Designer konnten ihre Ideen und Vorstellungen zum Thema „WIEDER GESUND?“ einreichen. Der Hamburger Designer und Fotograf Manfred Wigger hat die prämierten Bilder zu einer Wanderausstellung zusammengestellt.

Diese Ausstellung kommt im Herbst nach Frankfurt. Nach einer Eröffnungsveranstaltung am 11. September 2012 u. a. in Anwesenheit des Hessischen Sozialministers und des Kurators der Ausstellung ist diese bis zum 5. Oktober 2012 in den Räumen der Fachhochschule Frankfurt, Nibelungenplatz 1 (Gebäude I, Foyer EG) während deren Öffnungszeiten zu sehen; der Eintritt ist frei.

## MELDUNG

## Bundesweit einheitliche Notfallrufnummer 116 117



LINK zur Info-Seite „116 117“

Seit Mitte April 2012 ist die Rufnummer „116 117“ für medizinische Notfälle außerhalb der Sprechzeiten beim ärztlichen Bereitschaftsdienst frei geschaltet.

Patienten, die dringend ärztliche Hilfe brauchen, können diese Rufnummer unabhängig von ihrem jeweiligen Standort in der Bundesrepublik Deutschland anwählen und werden dann an den zuständigen Bereitschaftsdienst weitergeleitet. Wenn Sie sich über die einheitliche Notfallrufnummer ausführlicher informieren wollen, scannen Sie den hier abgebildeten „QR-Code“ mit Ihrem Smartphone ein.

## VERANSTALTUNGSHINWEIS

## Thementag zur häuslichen Versorgung am 4.10.2012



GEBÄUDE 1 der FH Frankfurt

Die vdek-Landesvertretung Hessen veranstaltet am Donnerstag, dem 4.10.2012, ab 11:00 Uhr in Kooperation mit dem Fachbereich 4 (Soziale Arbeit und Gesundheit) der Fachhochschule Frankfurt einen Thementag zu „Möglichkeiten und Grenzen der häuslichen Versorgung“. Veranstaltungsort ist die Fachhochschule Frankfurt, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M., Gebäude I, Raum 401. Der Eintritt ist frei.

Referenten der Veranstaltung sind u. a. Jörg Osmers, Hessisches Sozialministerium, Dr. h. c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Ulrich Schneekloth, TNS Infratest Sozialforschung, Bernd Tews, Bundesverband privater Anbieter Sozialer Dienste e. V., Barbara Gregor, Projekt „SOWieDAheim“ und Oliver Blatt, vdek-Zentrale.

Danach folgt eine Podiumsdiskussion zum Thema „Welchen Beitrag leisten Bürger, Politik und Institutionen im Rahmen der häuslichen Versorgung?“, die von Philipp Engel, hr, moderiert wird.

Interessierte können in Kürze den Veranstaltungs-Flyer auf unserer Homepage (<http://www.vdek.com/LVen/HES/Presse/Termine/index.htm>) herunterladen und sich zur Veranstaltung anmelden.

## MELDUNG

## Neuregelung zur Organspende – Post von der Krankenkasse



DER NEUE ORGANSPENDEAUSWEIS

Der Deutsche Bundestag hat am 25. Mai 2012 in 2. und 3. Lesung das „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ mit großer Mehrheit verabschiedet. Ziel des Gesetzes ist es, die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende aufzuklären. Damit soll erreicht werden, dass zukünftig mehr Spenderorgane zur Verfügung stehen. Von den derzeit ca. 12.000 Menschen in Deutschland, die auf ein Spenderorgan warten, sterben jährlich ca. 1.000 Menschen, weil für sie kein passendes Spenderorgan zur Verfügung steht. Drei Viertel aller Deutschen sprechen sich für die Organspende aus, aber nur ein Viertel dokumentiert diese Bereitschaft bisher durch einen mitgeführten Organspendeausweis, so z. B. das Ergebnis einer Umfrage der Kantar Health AG im Jahr 2010, die diese im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei ca. 4.000 Befragten durchgeführt hat.

Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen wurden durch das neue Gesetz verpflichtet, ihre Versicherten nach Vollendung des 16. Lebensjahres in regelmäßigen Abständen zu ihrer Organspendebereitschaft zu befragen und ferner Informationsmaterial und einen Organspendeausweis zuzusenden.

Der Gesetzgeber betont dabei stets die Freiwilligkeit des Einzelnen, sich für oder gegen die Organspende zu entscheiden. Zugleich weist der Bundesgesundheitsminister aber darauf hin, dass Menschen, die sich nicht entscheiden wollen, ihre Verantwortung nicht wahrnehmen. Damit müssen Angehörige in meist schwierigen Situationen die Entscheidung für sie treffen.

Der Deutsche Bundestag hat am 25. Mai 2012 in 2. und 3. Lesung das „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ mit großer Mehrheit verabschiedet. Ziel des Gesetzes ist es, die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende aufzuklären. Damit soll erreicht werden, dass zukünftig mehr Spenderorgane zur Verfügung stehen. Von den derzeit ca. 12.000 Menschen in Deutschland, die auf ein Spenderorgan warten, sterben jährlich ca. 1.000 Menschen, weil für sie kein passendes Spenderorgan zur Verfügung steht. Drei Viertel aller Deutschen sprechen sich für die Organspende aus, aber nur ein Viertel dokumentiert diese Bereitschaft bisher durch einen mitgeführten Organspendeausweis, so z. B. das Ergebnis einer Umfrage der Kantar Health AG im Jahr 2010, die diese im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei ca. 4.000 Befragten durchgeführt hat.

BÜCHER

## Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Krankenhaus Rating Report analysiert jährlich die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser und bietet gesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung des Krankenhausmarktes. Die vorliegende 8. Ausgabe beschreibt die Situation, gibt einen Ausblick auf kommende Jahre und untersucht, in welchen Regionen künftig die Patientenzahlen am stärksten wachsen dürften. Die Autoren haben die Daten von mehr als 1.000 Krankenhäusern analysiert und mit farbigen Schaubildern, Karten und Tabellen veranschaulicht.



Augurzky, Krolop, Gülker, Hentschker, Schmidt  
**Krankenhaus Rating Report 2012**  
 Krankenhausversorgung am Wendepunkt?  
 2012, 196 Seiten, € 298,-  
 medhochzwei Verlag, Heidelberg

## Gesundheit im Alter

Der Versorgungs-Report 2012 beleuchtet das Thema Gesundheit im Alter aus verschiedenen Perspektiven und untersucht, welche Schritte für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung im Alter notwendig sind. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie deren Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen. Letzteres geschieht auf der Systemebene und anhand konkreter Projekte.



Günster, Klose, Schmacke (Hsg.)  
**2012 Versorgungs-Report**  
 Schwerpunkt: Gesundheit im Alter  
 2012, 415 Seiten, mit Online-Zugang, € 49,95  
 Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart

MELDUNG

## vdek-Zukunftspreis 2012 – Bewerbungen bis 14.9.2012

„Versorgungsideen bei Multimorbidität“ lautet das Thema des Zukunftspreises 2012 des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), der mit einem Preisgeld von insgesamt 20.000 Euro dotiert ist. Der vdek möchte mit seinem Zukunftspreis neue, zukunftsweisende Versorgungsangebote unterstützen und die Diskussion über den demografischen Wandel mit positiven Beispielen fortschrittlicher, praxisnaher Versorgung voranbringen. Mit dem diesjährigen Zukunftspreis soll das Thema Multimorbidität stärker in den Fokus der Versorgungsdiskussion gerückt werden. Versorgungsideen und -konzepte, die sich mit dem multimorbiden Patienten befassen, können noch bis 14. September 2012 schriftlich bei der vdek-Verbandszentrale, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin eingereicht werden.

MELDUNG

## Gemeinsames Landesgremium

Der Gesetzgeber hat den Ländern mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (§ 90a SGB V neu) die Möglichkeit eröffnet, ein gemeinsames Landesgremium aus Vertretern des Landes, der Krankenkassenverbände sowie der Ersatzkassen, der KVH, der Krankenhausgesellschaft sowie ggf. weiteren Beteiligten zu bilden. In Hessen soll ein entsprechendes Landesgesetz demnächst verabschiedet werden. Im nächsten Report werden wir hierüber ausführlich berichten.

MELDUNG

## Zusatzvereinbarung zum „Hessischen Pakt“



FOTO www.bestehende.de

UNTERZEICHUNG der Zusatzvereinbarung

Am 14. August 2012 wurde die „Zusatzvereinbarung zur Umsetzung der Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Gebieten mit regionalem Versorgungsbedarf“ zum Hessischen Pakt durch den Hessischen Sozialminister, die Leiterin der vdek-LV Hessen für die Krankenkassen und den Vorstandsvorsitzenden der KVH unterzeichnet. Die Vereinbarung regelt die Kriterien für die Ansiedlungsförderung von Ärzten in förderfähigen ländlichen Regionen. Förderanträge können bis zum 30. September 2012 bei der KVH gestellt werden. In den Jahren 2012 bis 2014 stehen jährlich 600.000 Euro für die Förderung zur Verfügung. Informationen zum „Hessischen Pakt“ und der Zusatzvereinbarung sowie das Antragsformular finden Sie unter [www.hsm.hessen.de](http://www.hsm.hessen.de).

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 68-0  
**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