

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE UMSETZUNG der Pflegestärkungsgesetze in Hessen | MORBI-RSA Kassenwettbewerb in Schieflage
HOSPIZFÖRDERUNG | SELBSTHILFE-FOTOWETTBEWERB Hessische Preisträgerin | LAUFEN für einen guten Zweck

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2016

PFLEGE

Neues Infoblatt zum Thema Pflegebedürftigkeit



FOTO: Yvonne Weis - Fotolia.com

Wer einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellen möchte, hat oft viele Fragen. Aus diesem Grund hat der GKV-Spitzenverband ein neues Informationsblatt für Versicherte entwickelt. Es beschreibt, welche Schritte auf den Antragsteller zukommen und wie man sich z. B. auf den Besuch des Gutachters vorbereiten kann. So wird empfohlen, dass die Person, die hauptsächlich pflegt, bei dem Gespräch dabei ist. Hilfreich ist es auch, Arztberichte, eine Medikamentenübersicht oder eine Pflegedokumentation vorzulegen. Nicht mehr notwendig ist das Führen eines Pflegetagebuchs. Aktuell wird anhand eines Fragenkatalogs ermittelt, wo der Antragsteller Hilfe benötigt, und was er oder sie noch alleine schaffen kann. Das Informationsblatt kann unter <https://www.vdek.com/LVen/HES.html> heruntergeladen werden.

PFLEGEREFORM

PSG II: Große Chancen und ein Berg von Arbeit

Das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist die umfassendste Reform seit dem Start der Pflegeversicherung. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren stellen die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit auf ein neues Fundament.

Auf allen Ebenen wird gearbeitet, vorbereitet, verändert: Denn am 1. Januar 2017 treten der neue Begutachtungsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren in Kraft. Bis dahin muss die Selbstverwaltung in der Pflege die Umstellung auf die fünf Pflegegrade und die neuen Leistungsbeiträge in der Praxis vorbereiten, damit die neuen Leistungen dann den bundesweit 2,6 Millionen Pflegebedürftigen, davon 205.126 in Hessen (Stand Dezember 2013), zugutekommen. Während an dieser Front also die Arbeit noch in vollem Gange ist, sind zum 1. Januar 2016 bereits wichtige Änderungen in Kraft getreten:

- **Verbesserung der Beratung**
Die Pflegekassen benennen für die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen feste Ansprechpartner. Wer einen Angehörigen versorgt und pflegt, hat einen eigenen Beratungsanspruch.
- **Verbesserung der ärztlichen Versorgung**
Durch das Hospiz- und Palliativgesetz sind stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, eine Kooperation

mit niedergelassenen Haus-, Fach- und Zahnärzten einzugehen.

- **Mehr Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen**
Um die gesundheitliche Situation von Pflegebedürftigen zu verbessern, müssen die Pflegekassen präventive Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen anbieten.
- **Qualitätsmessung, -sicherung und -darstellung**
Der Pflege-TÜV wurde grundlegend überarbeitet. Der Ergebnisqualität wird nun eine deutlich größere Bedeutung beigemessen. In Hessen werden jährlich etwa 2.200 Einrichtungen von MDK und PKV-Prüfdienst überprüft.
- **Vereinfachte Pflegedokumentation**
Die vereinfachte Pflegedokumentation (Strukturmodell) wird flächendeckend in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt. Dabei regelt das PSG II klar, dass die zeitliche Entlastung der Pflegekräfte durch das neue Dokumentationsmodell nicht zu Personalkürzungen führen darf. Etwa 38 Prozent



Und schon wartet die nächste „Reform“...



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

FOTO: vdek

Aktuell wird an der Umsetzung des PSG II gearbeitet, da steht schon die nächste Reform vor der Tür, das PSG III: Die Kommunen sollen verstärkt in die Strukturen der Pflege einbezogen werden. Eine bessere Verzahnung ist versorgungspolitisch sinnvoll, eine reine Kompetenzverlagerung von den Pflegekassen auf die Kommunen jedoch ungeeignet. Sie gefährdet vielmehr die professionelle Pflegeberatung durch die gesetzlichen Pflegekassen. Die Kommunen werden ihrer Verantwortung für eine älter werdende Gesellschaft bereits aktuell nicht gerecht. Dies wird sich auch durch Nutzung der neuen Möglichkeiten, z. B. dem Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten, nicht verändern. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Strukturen am tatsächlichen Bedarf vorbei aufgebaut und damit Ressourcen vergeudet werden, die den Pflegebedürftigen an anderer Stelle fehlen werden.

Es sollte i. ü. neben der Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs mehr Wert auf die Qualität der Leistungserbringung gelegt werden. Die aktuell aufgedeckten Vorfälle bei Pflegediensten zeigen deutlich, dass im Bereich der Pflegequalität Handlungsbedarf besteht. Hierauf sollte der Gesetzgeber seinen Fokus legen und nicht auf unnötige Kompetenzverlagerung und Schaffung von Strukturen, die am Bedarf vorbeigehen.



der hessischen Pflegeeinrichtungen wenden bereits heute die vereinfachte Pflegedokumentation an.

- **Anspruch auf Übergangspflege**
In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Anspruch auf Übergangspflege (häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Kurzzeitpflege) als neuer Leistungsanspruch eingeführt.

Wenn im Januar kommenden Jahres der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft tritt, ändert sich gerade für Menschen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen viel. So wird z. B. eine demenzielle Erkrankung in gleicher Weise berücksichtigt wie auch heute schon körperliche Einschränkungen von Pflegebedürftigen. Das neue Begutachtungsinstrument ermöglicht eine genauere Erfassung von Beeinträchtigungen und Fähigkeiten, die Pflegesituation kann in den neuen Pflegegraden besser abgebildet werden, und es gibt weitere Änderungen:

- **Leistungserweiterung**
Die Leistungen in der ambulanten Pflege werden ausgeweitet. Pflege-rische Betreuungsmaßnahmen zur Bewältigung und Gestaltung des täglichen Lebens im häuslichen Umfeld werden zur Regelleistung. Zudem gilt ab 2017 in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung unabhängig vom Grad der jeweiligen Pflegebedürftigkeit ein einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil. Alle Pflegebedürftigen haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote in den Pflegeeinrichtungen. Bis zum Jahresende müssen die Pflegesatzvereinbarungen für rund 1.100 Pflegeeinrichtungen in Hessen entsprechend angepasst werden.
- **Pflegestufen werden in Pflegegrade überführt**
Die bisherigen Pflegestufen der bundesweit 2,6 Millionen Pflegebedürftigen werden automatisch in einen der neuen fünf Pflegegrade übergeleitet. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen erhalten



FOTO: Syda Productions – Fotolia.com

automatisch den nächst höheren. Menschen, bei denen eine dauerhafte erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde (z. B. Menschen mit Demenz), werden in den übernächsten Pflegegrad überführt.

- **Soziale Absicherung**
Die Pflegeversicherung wird für deutlich mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge entrichten. Dabei kommt es darauf an, welchen Pflegegrad der Pflegebedürftige und welchen Umfang die Pflege hat.
- **Erhöhung des Beitragssatzes**
Der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung steigt zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

Und nach der Reform ist vor der Reform: Die Bundesregierung gibt mit dem PSG III aktuell bereits die dritte Pflegereform in dieser Wahlperiode in die parlamentarische Abstimmung. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Ausweitung der kommunalen Steuerungs- und Planungskompetenz in der Pflege. Damit werden größtenteils Forderungen der Bund-/Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erfüllt.

Die Anstrengungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung dürfen in den kommenden Jahren nicht zurückgefahren werden. Eine wesentliche Herausforderung wird es sein, ausreichend ehrenamtliche und professionelle Pflegekräfte zu finden, um die Pflege der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen sicherzustellen und die Finanzierung der Pflegeversicherung nachhaltig zu sichern. ■

MRE-Projekt gestartet

Am 01.07.2016 ist das Projekt „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE“ (MRE-Projekt Hessen) flächendeckend gestartet.

Herr Dr. Misselwitz: Das hessische MRE-Projekt wird von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) unter Beteiligung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, der Verbände der Krankenkassen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft durchgeführt. Was ist das konkrete Ziel des Projektes?

Das primäre Ziel des Projektes ist die Bekämpfung nosokomialer MRE-Infektionen in hessischen Krankenhäusern zum Schutze der Patienten. Dieses Ziel soll über zwei Wege erreicht werden. Zum einen über die Darstellung und Analyse der Strukturen und Prozesse in hessischen Krankenhäusern zum Umgang mit sogenannten Problemkeimen wie z. B. MRSA, zum anderen über die Identifizierung und Beseitigung von Qualitätsdefiziten im Bereich der Hygiene durch Maßnahmen des strukturierten Dialogs.

Welche Daten werden von der GQH erhoben und wie werden diese ausgewertet?

Im Rahmen des MRE-Projektes werden alle Krankenhauspatienten, die mit dem MRSA-Keim infiziert oder kontaminiert sind, erfasst. Eine Ausweitung des Projektes auf weitere Problemkeime wie z. B. Multiresistente Gramnegative Bakterien (MRGN) ist schon in Planung. Neben allgemeinen Patientendaten wie z. B. Geburtsdatum, Geschlecht und Diagnosen, welche automatisch aus dem internen Krankenhausinformationssystem (KIS) übernommen werden können, werden darüber hinaus spezifische Fragen gestellt, wie z. B. ob die Infektion mit MRSA erst im Krankenhaus erworben wurde, welche Maßnahmen zur Heilung unternommen werden und wie das Entlassungsmanagement erfolgt. Die Daten

werden vierteljährlich von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung ausgewertet und in Form eines Berichtes den Krankenhäusern zurückgespiegelt. Geplant ist auch der Einsatz von Qualitätsindikatoren mit denen dann eine Aussage zur Versorgungsqualität in den Kliniken möglich sein soll. Zusätzlich ist von den Krankenhäusern einmalig ein Strukturbogen auszufüllen.

Wie werden die Krankenhäuser über eine ggf. überdurchschnittlich hohe Infektionsrate informiert, und welche Konsequenzen werden dann gezogen?

Zum einen bekommen die Krankenhäuser einen vierteljährlichen Bericht, in welchem sie ihre Ergebnisse im Vergleich mit anderen hessischen Krankenhäusern sehen. Häuser, die auffällige Ergebnisse aufweisen werden weiterhin im Rahmen eines sogenannten „Strukturierten Dialoges“ auf ihre Ergebnisse hingewiesen bzw. um eine Stellungnahme gebeten. Wenn die auffälligen Ergebnisse durch Qualitätsdefizite entstanden sind, und die Klinik diese nicht abstellt, kann das zu weiteren Konsequenzen führen, die gemeinsam von den Vertretern der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration getroffen werden.

Wie sollte sich der Umgang der Krankenhäuser mit multiresistenten Erregern Ihrer Meinung nach in der Zukunft verändern?

Mittlerweile kann das Thema der multiresistenten Erreger als große Herausforderung im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts gesehen werden. Krankenhäuser sind die Institutionen, in welchen die Folgen übermäßiger und unkritischer



DR. BJÖRN MISSELWITZ, Leiter Geschäftsstelle GQH

Antibiotikagabe am deutlichsten sichtbar werden. Dementsprechend müssen hier frühzeitig alle erdenklichen Maßnahmen zur Vermeidung des Aufkommens und der Verbreitung dieser Erreger getroffen werden. Dies fängt mit der Identifikation von Keimträgern bei der Krankenhausaufnahme (Screening) an und geht bis hin zur Dekolonisierung (Keim nicht mehr nachweisbar) bei der Entlassung. Entscheidender Faktor zur Vermeidung von Übertragungen ist hierbei die Einhaltung der Hygienemaßstäbe in den Kliniken. Zu all diesen Aspekten soll auch unser Projekt einen Beitrag leisten.

Was ist das Besondere des hessischen MRE-Projektes im Verhältnis zu bereits laufenden und für die Zukunft angestoßenen Qualitätssicherungsverfahren?

Im Unterschied zu anderen bereits laufenden oder geplanten QS-Verfahren in diesem Bereich versteht sich das MRE-Projekt Hessen v. a. als Angebot an die Häuser, die hausinternen Strukturen und Prozesse zum Thema MRE zu identifizieren, zu analysieren und ggf. zu verbessern. Es spiegelt den Häusern konkrete Zahlen wider, mit denen die Verantwortlichen die Strukturen und Prozesse im Umgang mit MRE zum Schutze des Patienten optimieren können.

Herr Dr. Misselwitz, wir danken Ihnen für Ihre Einschätzung zum MRE-Projekt. ■

Mehr Transparenz durch Registergesetz



FOTO: DREAMLOCK - Fotolia.com

Mit Hilfe des geplanten neuen Transplantationsregistergesetzes soll die Transparenz über das Transplantationsgeschehen in Deutschland verbessert werden. Dies soll unter anderem dadurch geschehen, dass ein bundesweites Transplantationsregister errichtet wird, in dem alle Daten zentral gespeichert werden. Damit sollen auch die Vorbehalte der Menschen abgebaut werden, die sich wegen der Manipulation von Wartelisten in einigen Transplantationszentren in den vergangenen Jahren vergrößert haben. Dadurch sank die Anzahl von Organspenden.

Die Einrichtung eines zentralen Registers ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung. Zwar besagt das Transplantationsgesetz bereits heute, dass Organe nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vergeben werden sollen. Aufgrund mangelnder Datenqualität wird bisher jedoch häufig nur nach Dringlichkeit vermittelt. Mit der Einrichtung eines zentralen Transplantationsregisters sollte nach Ansicht des vdek deshalb auch eine bessere Verteilungsgerechtigkeit einhergehen. Der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, dass die Patienten der Datenerfassung zustimmen müssen. Eine solche Regelung würde sich auf ein Register, das flächendeckend und vollständig Daten erheben soll, negativ auswirken.

Krankenkassenwettbewerb in Schieflage

Der Morbi-RSA soll für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sorgen. Doch das gelingt nicht, vielmehr gibt es ein Ungleichgewicht zwischen den Kassenarten. Die Ersatzkassen haben im Juli 2016 ihre gemeinsamen Reformvorschläge als Forderung an die Politik beschlossen.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) verfehlt sein Ziel, für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Es kommt zu einer Ungleichbehandlung, so dass einige Krankenkassen mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht ihre durchschnittlichen Leistungsausgaben decken können, während andere Krankenkassen systematisch bevorteilt werden. Der Morbi-RSA muss deshalb nachjustiert werden. Ein Ausgleichsverfahren ist nötig, um tatsächlich faire Ausgangsbedingungen für alle Krankenkassen im Wettbewerb zu schaffen. Dabei sind die folgenden Punkte maßgebend:

Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner streichen

Mit diesen Zuschlägen sollen die krankheitsbedingt höheren Ausgabenbelastungen durch Erwerbsminderungsrentner kompensiert werden. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen jedoch, dass ein Großteil der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus auch an mindestens einer Krankheit leidet, die durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA abgebildet ist. Somit erfolgt durch die Zuschläge derzeit eine unnötige doppelte „Finanzierung“ der Erwerbsminderungsrentner.

Kriterien für die Krankheitsauswahl

Es ist fraglich, ob die 80 durch das Bundesversicherungsamt für den Ausgleich im Morbi-RSA ausgewählten Krankheiten

repräsentativ für die Morbidität der Versicherten sind. Die Auswahl der Krankheiten findet anhand von drei Kriterien statt: Durchschnittskosten der Krankheit pro Versichertem, Krankheitschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden oder eine chronische Erkrankung haben), Kostenintensität.

Unklar ist z. B. die Definition einer kostenintensiven Krankheit. Handelt es sich um Erkrankungen, die in der Einzelbehandlung teuer sind, oder die erst durch eine große Anzahl von Betroffenen kostenintensiv werden? Die aktuell angewandte Rechenmethode führt zu mehr Zuschlägen für sog. Volkskrankheiten, wie z. B.: Diabetes, Herzerkrankungen oder rheumatoide Arthritis. Krankenkassen, die viele Patienten mit schweren und teuren Krankheiten versichern, werden hierbei benachteiligt.

Unterschiede von Region zu Region

Die Kosten für die gesundheitliche Versorgung differieren von Region zu Region. In den Städten ist das Versorgungsangebot hoch – die Ausgaben pro Versicherten sind deshalb höher als auf dem Land. Das führt zu einer Benachteiligung der Krankenkassen mit vielen Versicherten in Ballungsräumen. Deshalb sollten die realen Versorgungsbedingungen vor Ort im Morbi-RSA berücksichtigt werden.

Die politische Diskussion um die Reform des Morbi-RSA wurde angestoßen. Nun muss die Politik im o. g. Sinne handeln und den Morbi-RSA entsprechend weiterentwickeln. ■

LEISTUNGS AUSGABEN

Arzneimittelausgaben in Hessen



FOTO: Karri Jähne - Fotolia.com

Die vdek-Landesvertretung Hessen sieht die Arzneimittelausgaben in Hessen mit Sorge. Im vergangenen Jahr wurden Arzneimittel im Wert von 2,42 Milliarden Euro über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Im Durchschnitt verordneten die hessischen Ärzte Medikamente im Wert von rund 532 Euro pro Versicherten und Jahr. Damit sind die Kosten pro Kopf im Vergleich zum Vorjahr um 4,3 Prozent gestiegen. Hessen liegt damit bei der Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente leicht über dem Bundesdurchschnitt von 4,2 Prozent (Quelle: GKV-Arzneimittel-Schnellinformation des GKV-Spitzenverbands).

In nahezu allen Altersgruppen war im Jahr 2015 der Bruttoumsatz der Verordnungen durch hessische Mediziner niedriger als der Bundesdurchschnitt. So lag das durchschnittliche Verordnungsvolumen in den Altersgruppen ab 55 Jahre bis über 90 Jahre zwischen 7,06% und 12,1% unter dem jeweiligen Bundesdurchschnitt. Über alle Altersgruppen hinweg lag das durchschnittliche Verordnungsvolumen 52,23 Euro bzw. ca. 9 Prozent niedriger als im Bundesvergleich. Insoweit ist die Verordnungssituation in Hessen vergleichsweise weniger kritisch. Das Ausgabenvolumen insgesamt gibt jedoch Anlass zur Sorge.

Die vdek-Landesvertretung Hessen begrüßt dem Grunde nach das Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit, die freie Preisgestaltung der Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach Zulassung eines patentgeschützten Medikaments zu begrenzen. Hierbei ist aber der in die Diskussion eingebrachte Umsatzschwellenwert von 250 Millionen Euro im ersten Jahr deutlich zu hoch angesetzt. Der vorgelegte Referentenentwurf zur Arzneimittelreform beinhaltet insofern zwar gute Ansätze, geht aber nicht weit genug. Dem Entwurf fehlt eine in die Zukunft gerichtete Strategie im Umgang mit sehr hochpreisigen Arzneimitteln. Der mit dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Preis mit dem Hersteller muss z. B. rückwirkend zur Markteinführung gelten.

SCHUTZIMPFUNGEN

Solider Impfschutz bei hessischen Erstklässlern

Die hessischen Erstklässler haben zumeist einen soliden Impfschutz. Dem Robert-Koch-Institut zu Folge legten 2014 in Hessen rund 52.000 Kinder bei der Einschulungsuntersuchung ihr Impfheft vor und belegten damit ihre Impfungen. 97,2 Prozent der Kinder hatten z. B. die erste Impfdosis gegen Mumps, Masern und Röteln erhalten. Die zweite Impfdosis konnten nur 93,8 Prozent nachweisen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt schneidet Hessen tendenziell gut ab. So liegt die Impfquote in Hessen bei der ersten Mumps/Masern/Röteln-Impfung um 0,7 Prozentpunkte höher als im Bundesdurchschnitt, bei Diphtherie mit 96,1 Prozent um 0,3 Prozentpunkte und bei Tetanus mit 96,2 Prozent um 0,2 Prozentpunkte höher. Der solide Impfschutz bei der Einschulung hessischer Kinder sollte weiter intensiviert werden.

VDEK-FOTOWETTBEWERB SELBSTHILFE

Platz 3 für hessische Preisträgerin



FOTO: Lopata - arenis.de

Die Kunststudentin Martha Frieda Friedel aus Kassel hat den dritten Platz beim bundesweiten Fotowettbewerb „WAS KANN SELBSTHILFE?“ des vdek gewonnen. Zusammen mit den anderen Preisträgern wurde sie bei einer Festveranstaltung in Berlin geehrt. Sie hatte die Jury mit ihren Porträts eines 83-jährigen ehemaligen Krebspatienten (Titel: „HANS“) überzeugt.

Martha Friedel studiert „Bildende Kunst“ an der Kunsthochschule Kassel in der „Klasse für experimentelle Fotografie“ bei Bernhard Prinz. Für die Gewinnerin bedeutet Selbsthilfe zunächst, sich selbst gemeinsam mit anderen zu helfen. Gemeinsam mit „HANS“ war sie zur Preisverleihung nach Berlin gekommen. Sie sagt über ihn: „Er ist einer der aktivsten Menschen, die ich bisher kennenlernen durfte.“

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe würdigte das Engagement der Wettbewerbsteilnehmer und die Bedeutung der Ausstellung für die gesundheitliche Selbsthilfe.

Psychotherapeutische Sprechstunden ab 2017



FOTO: Photographeeu - Fotolia.com

Der vdek sieht den Beschluss zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) positiv. Nach langjährigen Verhandlungen soll der Beschluss zum 1. April 2017 in Kraft treten. Die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden für die Versicherten wird ausdrücklich begrüßt. Dadurch steht den Betroffenen schnell ein Ansprechpartner zur Seite, der dabei hilft abzuklären, wie notwendig und dringlich eine Behandlung ist. Somit kann von Anfang an die Therapie eingeleitet werden, die für den Patienten und seine Bedürfnisse am besten geeignet ist. Geplant ist, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung der Sprechstunden einzubinden. Die Vermittlung eines Termins soll innerhalb von vier Wochen geschehen. Weiterhin soll die Versorgung dadurch verbessert werden, dass die telefonische Erreichbarkeit der Praxen verpflichtend geregelt wird, ferner durch neue Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen, die Einrichtung psychotherapeutischer Akutbehandlungen für Krisen- und Ausnahmezustände und eine Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahren. Von der Förderung der Gruppentherapie erhofft sich der vdek, dass diese bislang selten genutzte Therapieform in Zukunft verstärkt angeboten wird.

„Gesundheit ist unser höchstes Gut; Gesundheits- und Pflgethemen rücken immer mehr in den Fokus. Sie sind Zukunftsthemen!“

Frau Dr. Sommer, Sie sind jetzt bereits seit mehr als sechs Monaten gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im hessischen Landtag. Haben sich Ihre Erwartungen in Bezug auf das neue Aufgabengebiet erfüllt?

Das Themenfeld Gesundheit ist sehr facettenreich und spannend. Gesundheit ist unser höchstes Gut; Gesundheits- und Pflgethemen rücken immer mehr in den Fokus. Sie sind Zukunftsthemen! Insofern ist das neue Aufgabengebiet so interessant wie erwartet.

Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen, mit denen wir uns in den kommenden Jahren im Gesundheitswesen beschäftigen müssen?

Größte Herausforderung und Ziel zugleich ist die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung mit all ihren Teilaspekten! D. h., dem Ärzte- und Pflegekräftemangel muss begegnet, der ärztliche Notdienst sichergestellt, der Hebammenmangel bekämpft werden etc. Oftmals geht es v. a. um Rahmenbedingungen, die sich verbessern müssen. Denn ein Gesundheitssystem ist immer nur so belastbar wie die Fachkräfte, die es tragen. Ohne ausreichendes Personal geraten laut der Vertreter des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte Patientinnen und Patienten in Gefahr. Im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten werden wir uns daher als SPD-Landtagsfraktion weiterhin für Personalmindeststandards und verbesserte Rahmenbedingungen einsetzen.

Was wünschen Sie sich diesbezüglich für die Zukunft?

Ich wünsche mir eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte, wohnortnahe



DR. DANIELA SOMMER
MdL, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion

FOTO: privat

sowie menschenwürdige Gesundheitsversorgung und Pflege, damit meine ich die Aufrechterhaltung von flächendeckenden Versorgungsstrukturen (medizinische, pflegerische, allg. Versorgung) sowie eine finanziell langfristig abgesicherte Umsetzung von Präventions-, Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangeboten!

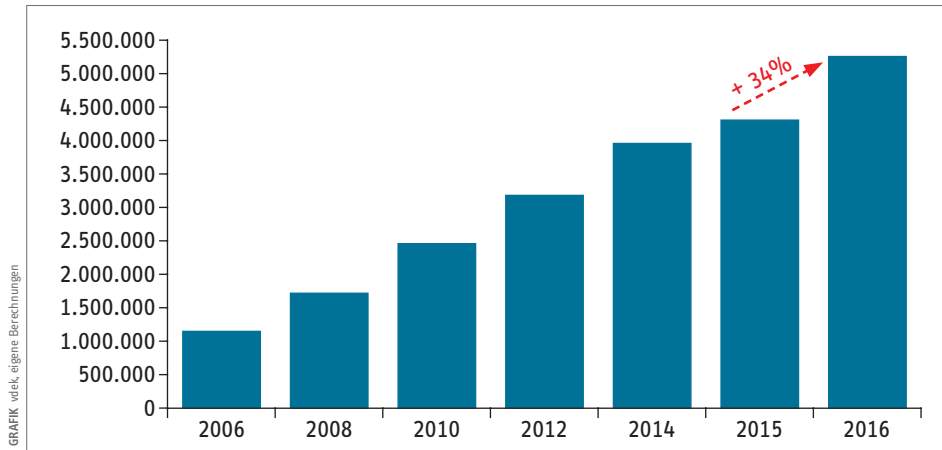
Zum einen müssen Berufe im Gesundheitswesen attraktiv gestaltet werden, das bedeutet, neben einer verbesserten Entlohnung, die Rahmenbedingungen zu optimieren. Zum anderen muss es möglich sein, dass jede Bürgerin und jeder Bürger, egal ob jung oder alt, Haus- und Fachärzte, Hilfsangebote sowie eine kompetente Beratung wohnortnah erreichen und erhalten kann. Jeder soll die Versorgung bekommen, die er benötigt!

Gesundheitssysteme müssen Antworten geben auf heutige und künftige Anforderungen. Dafür muss die Krankenhaus- und Gesundheitsplanung fokussiert werden und eruieren, wo zusammengearbeitet werden kann, wo Synergien genutzt, wo Strukturen optimiert und Versorgungsgebiete intelligent definiert werden können – immer unter Berücksichtigung der Bedarfe der Menschen, die Versorgung leisten oder diese benötigen.

Frau Dr. Sommer, vielen Dank für Ihre Einschätzung.

STERBEBEGLEITUNG

Ambulante Hospizförderung



HOSPIZFÖRDERUNG durch die GKV in Hessen 2006 - 2016 (in Euro)

Bereits seit 2002 werden die Ambulanten Hospizdienste (AHD) durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gefördert. In diesem Jahr erhalten die 72 antragstellenden AHDs in Hessen insgesamt 5.256.000,- Euro von der GKV. Mit 2.443.000,- Euro bestreiten die Ersatzkassen in Hessen den größten Teil dieser Förderung. Durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das am 8. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Förderung der Ambulanten Hospizdienste erneut deutlich verbessert. Die Fördersumme, die seitens der GKV zur Verfügung gestellt wird, hat sich von 3.920.000,- Euro im Jahr 2015 auf 5.256.000,- Euro im Jahr 2016 erhöht. dies entspricht einer Steigerung von ca. 34%.

Die Förderung der AHDs ist aus Sicht der Ersatzkassen besonders wichtig, um die bestmögliche Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu gewährleisten. In den AHDs setzen sich qualifizierte Ehrenamtliche für die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen ein. Im Zentrum steht dabei, ihnen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende zu ermöglichen.

SELBSTHILFE

33. Markt der Frankfurter Selbsthilfegruppen



FOTO www.bestreicht.de

Großer Andrang auch in diesem Jahr beim 33. Markt der Frankfurter Selbsthilfegruppen in den Römerhallen und auf dem Römerberg: Am 13. Mai 2016 stellten rund 85 Frankfurter Selbsthilfegruppen ihre Arbeit vor und informierten über ihren Fokus und die Ziele der jeweiligen Gruppe. Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen fördern in diesem Zusammenhang die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Rahmen der Gemeinschaftsförderung mit ca. 2,5 Mio. Euro. Davon tragen die Mitgliedschaften des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit ca. 1,15 Mio. Euro fast die Hälfte.

Die Resonanz der Besucher auf die von der Selbsthilfe-Kontaktstelle (SHK), der Stadt Frankfurt und zahlreichen Selbsthilfegruppen organisierte Veranstaltung war sehr positiv. Maren Kochbeck, die Geschäftsführerin der SHK Frankfurt, betonte in ihrer Rede, wie wichtig die Arbeit der insgesamt rund 600 Selbsthilfegruppen in Frankfurt sei und dankte den Mitgliedern für ihr Engagement. Die ältesten Suchtselbsthilfe-Verbände, wie der Kreuzbund, bestehen seit über hundert Jahren. Für den Magistrat der Stadt Frankfurt sprachen Christian Setzepfandt und Renate Wolter-Brandecker. Beide betonten ebenfalls die wichtige Rolle der Selbsthilfe für das Gesundheitswesen und die Erkrankten.

PALLIATIVVERSORGUNG

„Mehrgenerationenhaus“ –
Erstes Hospiz seiner Art eröffnet

Seit dem 1. April 2016 werden im „Heilhaus Kassel“ Menschen unterschiedlichen Alters palliativ-medizinisch und -pflegerisch versorgt, beraten und beim Umgang mit dem Abschied vom Leben unterstützt. Möglich wurde dies durch den Abschluss eines Vertrages zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Hessen und dem Hospiz über die Einrichtung des bundesweit ersten Mehrgenerationenhospizes in Kassel. Der Vertrag regelt u. a. auch das Leistungsangebot und dessen Vergütung. Während junge Hospizgäste in der „Schule für schwer kranke Kinder und Jugendliche im Heilhaus“ in einer kleinen Gruppe lernen und Zugehörigkeit erfahren, kann für Familien und nahe Freunde auch Wohnraum zur Verfügung gestellt werden. So wird in der letzten Lebensphase ein gemeinschaftlich-familiäres Hospizleben ermöglicht. Das Hospiz bietet Platz für acht Gäste und steht unter der Schirmherrschaft von Bundesministerin Dr. Ursula von der Leyen.

BÜCHER

Gesundheitswesen im Wandel

Es gibt Handlungsbedarf, sofern das deutsche Gesundheitswesen seinen guten Ruf auch in der Zukunft halten will. Dieser Meinung ist Fritz Beske, Autor von „Perspektiven des Gesundheitswesens“. Beske beschreibt die Hintergründe und liefert Lösungsvorschläge z. B. für die Bereiche Krankenhausstruktur, hausärztliche Versorgung, Qualitätssicherung, Stellung des Gemeinsamen Bundesausschusses und elektronische Gesundheitskarte. Ziel sei die Sicherstellung der notwendigen Gesundheitsversorgung für alle. Handeln müsse die Politik.



Fritz Beske
Perspektiven des Gesundheitswesens – Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft
2016, 116 Seiten, € 24,99
Springer, Berlin

Ambulante Pflege im Wandel

Seit dem 01. Januar 2016 greift der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, am 01.01.2017 treten das neue Einstufungsverfahren und die Umstellung der Leistungen aus der Pflegeversicherung in Kraft. Doch was bedeutet das für die ambulante Pflege? Andreas Heiber beleuchtet z. B. die mittelfristige Bedeutung neuer Gesetze für den Personalbedarf. Er erläutert, wie sich die ergänzten Leistungen nutzen lassen und zeigt die Auswirkungen auf die ambulante Pflege auf, so dass Verantwortliche für die Pflegebedürftigen passgenaue Strategien entwickeln können.



Andreas Heiber
Das Pflege-Stärkungsgesetz 2.0
Pflegeversicherung 2.0 – die Änderungen meistern
2016, 213 Seiten, € 37,-
Vincentz Network, Hannover

SERVICE

Terminservicestellen, ein Zwischenstand



FOTO morgankla – Fotolia.com

Ein halbes Jahr nach Einführung der Terminservicestellen in den einzelnen Bundesländern hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) eine Zwischenbilanz gezogen. Seit Ende Januar wurden insgesamt 5.138 Termine vermittelt und bestätigt, pro Tag etwa 39 Termine. Durch Rückmeldung aus den Praxen wurde ermittelt, dass 3,1 Prozent der Termine nicht wahrgenommen wurden, da die Patienten nicht zum vereinbarten Zeitpunkt erschienen. Am häufigsten vermittelten die Mitarbeiter der Terminservicestelle in Hessen Termine beim Neurologen. Hier waren es durchschnittlich 71 Termine in der Woche. Weiterer „Spitzenreiter“ war die Anzahl vermittelter Termine beim Orthopäden mit durchschnittlich 31 pro Woche, beim Hautarzt mit 26,1 und beim Kardiologen mit 25,8. Die wenigsten Termine wurden in den Bereichen Radiologie (3,8 Termine/Woche), Neurologie/Psychiatrie (6,1 Termine/Woche) und beim Gastroenterologen (11,4 Termine/Woche) vermittelt. Der Gesetzgeber hatte die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, bis spätestens 25. Januar 2016 eine Terminservicestelle in den jeweiligen Bundesländern einzurichten. Dem ist die KVH nachgekommen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Laufen für den guten Zweck



FOTO www.bestehend.de

Bereits zum vierten Mal in Folge ging die vdek-Landesvertretung Hessen mit einem eigenen Team beim J. P. Morgan Corporate Challenge in Frankfurt an den Start. Insgesamt fast 70.000 Teilnehmer waren für den inzwischen 24. Frankfurter Firmenlauf gemeldet, dem größten Firmenlauf weltweit. Neben dem sportlichen Aspekt will die Veranstaltung auch Werte wie Teamgeist, Fairness und Gesundheit unterstützen. U. a. geht in diesem Jahr eine Spende von 245.500 Euro, die sich je hälftig aus den Startgebühren und einem Zuschuss des Veranstalters zusammensetzt, an sinnvolle und nachhaltige Sportprojekte für junge Menschen mit Behinderung. Die Mitarbeitergesundheit hat beim vdek einen hohen Stellenwert. Deshalb werden gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie z. B. die Teilnahme an einem Firmenlauf, entsprechend unterstützt.

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,
Saskia Powell
Verantwortlich Claudia Ackermann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239