

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ÄRZTLICHE VERSORGUNG** in Hessen stabil | **NEUER VERBANDSVORSITZENDER DES VDEK**
INTERVIEW mit der Bundeswahlbeauftragten Rita Pawelski zur Sozialwahl | **PFLEGEBEGUTACHTUNG REFORMIERT**

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2017

VDEK PUBLIKATION

Zahlen, Daten,
Fakten –
Auf einen Blick



GRAFIK vdek

Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen und wie viele Vertragsärzte gibt es im Bundesgebiet? Antworten auf diese und viele weitere Fragen liefert die 21. Ausgabe der „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens“, die aktuell erschienen ist. Sie zeigt, dass mit 70,3 Milliarden Euro (34,8 Prozent, Stand: 2015) die meisten GKV-Leistungsausgaben auf die Krankenhausbehandlungen entfielen, danach folgen mit 34,9 Milliarden Euro (17,3 Prozent) die Kosten für ärztliche Behandlungen und mit 34,8 Milliarden Euro (17,2 Prozent) die Ausgaben für Arzneimittel. Ebenfalls belegt das Kompendium, dass die ärztliche Versorgung auf hohem Niveau stabil bleibt. 2015 gab es in Deutschland 144.800 Vertragsärzte, das waren 0,84 Prozent mehr als noch im Jahr zuvor.

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Stadt, Land, Arzt: Versorgung in Hessen stabil

Die ambulante ärztliche Versorgung in Hessen wird von rund 11.000 Ärzten und Psychotherapeuten sichergestellt. Gesteuert wird dies über die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, den Verbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erstellte Bedarfsplanung.

Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses macht hierbei für die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung jeweils unterschiedliche Vorgaben für die regional notwendigen Arztlizenzen, die sogenannten Verhältniszahlen. So soll z. B. in der hausärztlichen Versorgung jeder Hausarzt im Durchschnitt für 1.671 Einwohner zuständig sein. Um die Erreichbarkeit von Ärzten auch in dünner besiedelten Regionen zu gewährleisten, sieht der Bedarfsplan für die hausärztliche Versorgung in Hessen 71 Planungsgebiete (sogenannte Mittelbereiche) vor. Für diese wird jeweils im Detail untersucht, ob die Planvorgaben der Richtlinie erfüllt sind, und das tatsächliche Versorgungsgeschehen analysiert. Dazu gehören z. B. die Fallzahlen der einzelnen Ärzte und die Patientenströme auch über die Grenzen von Planungsbereichen hinweg, sofern es vor Ort entsprechende Pendlerbewegungen gibt, die darauf Einfluss nehmen.

In Hessen gibt es seit vielen Jahren eine stabile Versorgung auf hohem Niveau. Die Anzahl der in Hessen tätigen Ärzte steigt – wie auch im gesamten Bundesgebiet – dabei stetig an. Die demographische Entwicklung zeigt dabei aber sowohl in der Bevölkerung als auch für die Ärzteschaft eine kontinuierliche Alterung. Daraus folgt einerseits ein stetig steigender Behandlungsbedarf. Ferner werden zunehmend Ärzte aus Altersgründen ihre Praxis ab- oder aufgeben, welche durch jüngere Ärzte nachbesetzt werden müssen.

Vom Land in die Stadt

In Hessen sind dabei zwei gegenläufige Entwicklungen zu beobachten: Die Bevölkerungszahl in der Metropolregion Rhein-Main wird in den kommenden Jahren weiter deutlich wachsen, während die Bevölkerungszahl in den ländlichen Regionen Mittel- und Nordhessens weiter sinken wird. Die Bevölkerungsvorausbeziehung des statistischen Bundesamtes geht davon aus, dass im Jahr 2030 bereits 75 Prozent der hessischen Bevölkerung in den städtischen Regionen leben wird.



Genauer hinsehen!



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

FOTO: vdek

Nach wie vor ist der „Landarztmangel“ bei ärztlichen Standesvertretern, Politikern und in der Presse in aller Munde, aber die Zahlen für Hessen bestätigen dies nicht. Niedergelassene Ärzte, vor allem auch Hausärzte, gibt es in ausreichender Zahl. Deren regionale Verteilung im Einzelfall und die Tatsache, dass Ärzte wie Patienten im Durchschnitt älter werden, sind die Punkte, für die die Selbstverwaltung vor allem in Zukunft Lösungen finden muss. Hierbei ist es nötig, abseits der reinen Berechnung von Verhältniszahlen genauer hinzuschauen und z. B. Pendlerbewegungen in die Ballungszentren zu berücksichtigen, um so den tatsächlichen regionalen Bedarf zutreffend erfassen und abdecken zu können.

Daneben müssen sich auch die Kommunen weiter anstrengen, um die Niederlassung gerade in ländlichen Regionen für Ärzte attraktiver zu machen. Und es sollte noch an einem anderen Punkt angesetzt werden. Gerade in der Ausbildung junger Ärzte muss sich ebenfalls Einiges ändern, um diese mehr als bisher für den Job des Hausarztes zu gewinnen. Die Selbstverwaltung in Hessen wird ihre Fördermaßnahmen weiter intensivieren. Alle Akteure müssen ihre Maßnahmen koordinieren, damit eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung jetzt und in der Zukunft auch bei sich ändernden Voraussetzungen sichergestellt ist.



Durch den Wegzug der jüngeren Generation wird die ländliche Bevölkerung dabei im Durchschnitt weiter altern. Beide parallelen Entwicklungen wirken sich deutlich auf die Behandlungsbedarfe aus. Vor dem Hintergrund, dass immer weniger Ärzte auf dem Land praktizieren wollen, wird dies auch einen Einfluss auf die Verfügbarkeit von Ärzten haben.

Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, wurden und werden von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Maßnahmen entwickelt, um auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung mit Ärzten zu sichern und deren Niederlassung gerade in ländlichen Gebieten zu fördern.

Weichen stellen für die Zukunft

Im Rahmen der sogenannten Ansiedlungsförderung wird aus einem von der Kassenärztlichen Vereinigung und der GKV gemeinsam befüllten Strukturfonds gezielt der Aufbau und die Übernahme von Arztpraxen durch junge Ärzte im ländlichen Raum gefördert. Bis 2015 wurden dabei bereits 1,55 Mio. Euro für die Niederlassung von 41 Hausärzten und 13 Fachärzten aufgewandt. Für die Jahre 2015 bis 2018 steht ein jährliches Fördervolumen von bis zu 2 Mio. Euro zur Verfügung, je Praxisübernahme

bis zu 66.000 Euro. Außerdem haben sich die oben genannten Partner auf eine gezielte Förderung der Weiterbildung sowohl von Hausärzten als auch von Fachärzten geeinigt. So werden Facharztstellen in Weiterbildungspraxen für ausgewählte Facharztgruppen mit bis zu 4.800 Euro pro Monat unterstützt. Dazu gehören die Fachgruppen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Augenheilkunde, Hals- / Nasen- / Ohrenheilkunde, Urologie sowie Kinder- und Jugendpsychiater- und -psychotherapeuten. Der Bedarf ist vor allem in den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, der Neurologie und der Augenheilkunde groß. Hier sind zum 30.09.2017 pro Weiterbildungsbereich bis zu 12 Förderstellen an junge Mediziner

»Die Anzahl der in Hessen tätigen Ärzte steigt seit vielen Jahren stetig an.«

zu vergeben. Insgesamt konnten bis Anfang März bereits 21 Förderstellen bewilligt werden; weitere Anträge liegen vor. Ärzte, die sich nach ihrer Weiterbildung in Hessen in dem relevanten Fachgebiet und einer ländlichen Förderregion vertragsärztlich niederlassen, werden bei ihrer Weiterbildung ebenfalls besonders gefördert. ■



FOTO: Kurhan - Fotolia.com

AUSBILDUNG

Investition in Fachkräfteausbildung an Kliniken

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen finanzieren im laufenden Jahr die Ausbildung von Fachkräften an hessischen Krankenhäusern mit 111 Millionen Euro. Das sind 2,63 Prozent mehr als noch 2016.



FOTO auremar - Fotolia.com

Mehr als 6.600 Frauen und Männer wurden im vergangenen Jahr an 85 hessischen Krankenhäusern ausgebildet. Sie werden in den kommenden Jahren als (Kinder-) Krankenpfleger und -pflegehelfer, Hebammen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Orthopisten, Logopäden und Diät- und technische Assistenten eingesetzt. Bereits jetzt ist der Bedarf u. a. im Bereich der Kinderkrankenpflege enorm. Der vdek erhofft sich von der Erhöhung des Finanzvolumens, dass sich noch mehr junge Menschen z. B. für eine Ausbildung in der Kinderkrankenpflege begeistern, um die Versorgung von (zu) früh geborenen Kindern mit gut ausgebildeten Fachkräften langfristig sicherzustellen.

Durch den demographischen Wandel in den kommenden Jahren und Jahrzehnten steigt der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegefachkräften ebenfalls kontinuierlich an. Auch in diesem Bereich müssen jetzt die Weichen richtig gestellt werden,

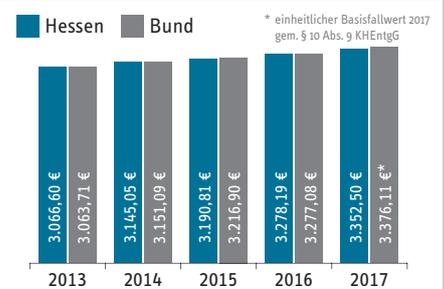
damit die gute Versorgung der Patienten auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

Grundsätzlich ist die Finanzierung der Ausbildung (Vorhaltung an Berufsschulen, Lehrern und Lehrmitteln) in Deutschland eine staatliche Aufgabe. Das gilt jedoch nicht für den Krankenhausbereich. Dort sind die Kosten für die staatlich zugelassenen Ausbildungsstätten und die Ausbildungsvergütungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu finanzieren.

Im Rahmen der Umstellung der Krankenhausfinanzierung hat der Gesetzgeber 2002 einen Ausbildungsfonds auf Landesebene eingeführt, mit dem seit 2006 die Ausbildungskosten in den hessischen Krankenhäusern finanziert werden. Die örtlich vereinbarten Ausbildungsbudgets auf Landesebene werden im Ausbildungsfonds zusammengefasst. Daraus wird im Anschluss der Ausbildungszuschlag für alle hessischen Krankenhäuser berechnet. ■

KRANKENHAUS

Einigung über Landesbasisfallwert 2017



QUELLE vdek

LANDESBASISFALLWERT Hessen vs. Bund 2013-2017

Die gesetzlichen Krankenkassen und die private Krankenversicherung stellen im laufenden Jahr über fünf Milliarden Euro für die Krankenhausbehandlungen der hessischen Versicherten zur Verfügung. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Steigerung um fast 175 Mio. Euro. Diese resultiert aus dem Landesbasisfallwert (LBFW), der von den Vertragsparteien der Selbstverwaltung auf Landesebene vereinbart wurde. Dabei wurden sowohl tarifliche Entwicklungen im Personalkostenbereich als auch Sachkostenentwicklungen berücksichtigt. Der vdek in Hessen verbindet mit dem Ergebnis die Hoffnung, dass die gute Versorgung der Versicherten nicht nur sichergestellt, sondern noch verbessert werden kann.

Der Landesbasisfallwert dient als Abrechnungsgrundlage für stationäre Klinikleistungen und wird jährlich zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und den Verbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung ausgehandelt. Er definiert die Vergütung, die für einen Klinikaufenthalt im Durchschnitt berechnet wird. Für 2017 wurde ein LBFW von 3.352,50 Euro vereinbart, wodurch ca. fünf Milliarden Euro Gesamtkosten für Krankenhausbehandlungen zu erwarten sind.

PERSONALIE

Neu an der Verbandsspitze des vdek



UWE KLEMENS

Uwe Klemens ist seit dem 09.12.2016 neuer vdek-Verbandsvorsitzender. Er trat die Nachfolge von Christian Zahn an. Klemens war seit Dezember 2014 stellvertretender vdek-Verbandsvorsitzender und wurde im März 2016 ferner zum Nachfolger von Christian Zahn als alternierendem Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbands gewählt. Seine berufliche Laufbahn begann der 1955 geborene Klemens mit einer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) Rheinland-Pfalz, wo er auch fünf Jahre als Sachbearbeiter tätig war. 1979 kam er als Gewerkschaftssekretär zur Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV) Rheinland-Pfalz und wurde dort 1986 stellvertretender Landesleiter und 1992 Landesleiter. 2001 war er Gründungsmitglied der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und bis 2014 Landesbezirksleiter ver.di Rheinland-Pfalz, anschließend bis 2015 Landesbezirksleiter ver.di Rheinland-Pfalz-Saarland. Seit 1993 engagiert er sich in der Selbstverwaltung.

FOTO: Andrea Katheder – GKV-Spitzenverband

VERANSTALTUNG

Gesundheitspolitischer Abend im Landtag



DIE TEILNEHMER v. l. n. r.: Dr. Axel Kortevoß, vdek, Claudia Ackermann, vdek, Dr. Daniela Sommer, SPD, Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU, Sötkin Geitner, DAK-Gesundheit, Martin Till, BARMER, Meinhard Johannides, vdek, Gudrun Kraus, DAK-Gesundheit, Thomas Hilgenberg, TK

Bereits zum 15. Mal hat der vdek in Hessen einen gesundheitspolitischen Abend organisiert. Neben den gesundheitspolitischen Vertretern der großen Landtagsfraktionen nahmen Vertreter der Barmer, der Techniker Krankenkasse und der DAK aus Hessen an der Veranstaltung im hessischen Landtag in Wiesbaden teil. Thematisch ging es um die Hintergründe und die Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hessen. In einem zweiten Teil wurden die Schwierigkeiten bei der sektorenübergreifenden Notfallversorgung und mögliche Lösungsansätze erläutert. Die Teilnehmer tauschten sich hierbei engagiert zu den genannten Themen aus.

FOTO: vdek

VDEK

Im Gespräch mit den Selbstverwaltern



FOTO: www.bestehend.de

DIE TEILNEHMER v. l. n. r.: Norbert Sudhoff, BARMER, Frank Grunewald, KKH, Rainer Sand, vdek, Claudia Ackermann, vdek, Meinhard Johannides, vdek, Sötkin Geitner, DAK-Gesundheit, Dr. Barbara Voß, TK, Thomas Auerbach, vdek, Dieter F. Märtens, TK, Helmut Maul, KKH, Jürgen Kunkel, vdek, Dr. Axel Kortevoß, vdek

Die vdek Landesvertretung Hessen hatte die Mitglieder der Selbstverwaltung der Mitgliedskassen aus Hessen am 10.03.2017 zu einem Informations- und Meinungsaustausch nach Frankfurt eingeladen. Auch der neue stellvertretende Verbandsvorsitzende des vdek, Thomas Auerbach, nahm an der Veranstaltung teil. Claudia Ackermann, Leiterin der Landesvertretung, informierte über das (gesundheits-)politische Umfeld und die Marktverhältnisse im Bundesland sowie über die Aufgaben der Landesvertretung. Im Anschluss wurde in Vorträgen aus den Referaten u. a. über die Hintergründe der aktuell anstehenden Pflege- und Krankenhausreformen, des Präventionsgesetzes, der ambulanten Versorgungssituation und der sektorenübergreifenden Notfallversorgung sowie deren Umsetzung in Hessen informiert und ein Überblick über die Aktivitäten im Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gegeben. In der anschließenden Diskussion war auch das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz Thema. Hierbei war es einhellige Meinung, dass dieses nicht zu einer Stärkung der Selbstverwaltung beitragen, sondern zu Einschränkungen der Handlungsfähigkeit führen wird.

INTERVIEW

Sozialwahl 2017: Mitwählen heißt mitbestimmen

Ob Kranken-, Pflege-, Renten- oder Unfallversicherung, alle sechs Jahre können fast alle Bürger die Vertreter der Sozialversicherungen wählen. Die Stimmabgabe per Post ist bis zum 31.05.2017 möglich.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen stimmen dabei über die Zusammensetzung des Verwaltungsrats ab. In diesem Gremium werden viele wichtige Fragen entschieden. Seit dem 01.10.2015 ist die ehemalige Bundestagsabgeordnete Rita Pawelski (CDU) Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen. Sie löste Gerald Weiß ab, dessen Amtszeit nach sechs Jahren endete.

Frau Pawelski, bei den Sozialwahlen handelt es sich um die drittgrößte Wahl insgesamt in Deutschland nach der Bundestagswahl und der Wahl zum Europäischen Parlament. Dennoch ist die Sozialwahl viel weniger bekannt. Was könnte getan werden, um das in der Zukunft zu ändern?

Viele Menschen bemühen sich, den Bekanntheitsgrad der Sozialwahlen zu erhöhen, in erster Linie natürlich die beiden Bundeswahlbeauftragten. Mein Stellvertreter Klaus Wiesehügel und ich besuchen bereits seit Januar 2017 Redaktionen von Lokalzeitungen, um bei Journalisten um eine Berichterstattung über diese Wahlen zu werben. Wir nehmen auf unserem Trip durch die Redaktionen auch immer wieder Selbstverwalter mit, die von ihren Erfahrungen berichten sollen.

Der Eindruck, die Sozialwahlen seien wenig bekannt, ist nur bedingt richtig. Die Homepages und Zeitungen der Versicherungsträger sowie die lokalen Zeitungen und Radiostationen berichten darüber. Der Eindruck basiert auf der Abstinenz der großen bundesweiten Medien. Sie greifen dieses Thema leider nur sehr selten auf,

was ich bei etwa 50 Millionen Wahlberechtigten gar nicht verstehen kann. Aber zur Pressefreiheit gehört scheinbar auch, Themen zu ignorieren, die 90 Prozent der Bevölkerung angehen.

Bei den Sozialwahlen 2005 und 2011 lag die Wahlbeteiligung jeweils nur bei rund 30 Prozent. Können Sie schon abschätzen, ob sie in diesem Jahr höher sein wird?

Nein! Da müssen wir schon die Wahlen abwarten. Überall dort, wo die bundesweiten Medien auf eine ausführliche Berichterstattung verzichten, haben wir keine herausragende Wahlbeteiligung. So ist das auch bei den Kommunalwahlen. Dort liegt die Wahlbeteiligung oft zwischen 20 und 40 Prozent. So gesehen sind „unsere“ 30 Prozent gar nicht so schlecht. Und es zeigt, dass die Versicherten ihren Selbstverwaltern – auch ohne mediales Feuerwerk – den Rücken stärken wollen. Wenn sich im Schatten der öffentlichen Wahrnehmung jeder Dritte an der Wahl beteiligt, dann ist das schon ein großes Kompliment für die Institution Selbstverwaltung.

Ich freue mich sehr, dass sich die Ersatzkassen intensiv darum bemühen, die Wahlbeteiligung nicht nur zu halten, sondern auch zu steigern. In mir finden sie hierfür eine engagierte Mitstreiterin.

Eigentlich sollte das Wahlverfahren so verändert werden, dass auch eine Online-Stimmenabgabe möglich gewesen wäre. Auch der vdek und Ihr Vorgänger im Amt hatten sich hierfür eingesetzt. Was sind die Vorteile einer Online-Wahl? Woran ist die Einführung erneut gescheitert?



FOTO BMB

RITA PAWELSKI

In der Politik lassen sich die Dinge nicht immer auf einen Nenner bringen. Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften haben leider von der Onlinewahl abgeraten und die Gefahren eines mangelnden Datenschutzes und des Hackens angeführt. Würde ich diese Bedenken auf mein Leben anwenden, dürfte ich eigentlich kein Onlinebanking machen, ganz abgesehen von den möglichen Gefahren künftiger Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Ich bin von den Onlinewahlen überzeugt und kämpfe weiter dafür, dass zumindest bei den übernächsten Sozialwahlen online gewählt werden kann.

Bitte geben Sie uns ein Beispiel dafür, wo sich die Beteiligung der Bürger durch die Wahl der Selbstverwaltung in der Praxis konkret auswirkt.

Die Versicherten wählen ihre Selbstverwalter und stärken ihnen damit den Rücken. Mit dem Rückenwind dieser Unterstützung können die Selbstverwalter Leistungen beschließen, die über den üblichen Kanon hinausgehen. Dies gilt zum Beispiel für die verbesserte Betreuung Schwangerer, den erweiterten Zugang zur Magnetresonanztomographie oder für Zuschüsse für eine Osteopathie-Behandlung oder, ganz wichtig, die Höhe des Zusatzbeitrages.

Frau Pawelski, wir danken Ihnen für Ihre Einschätzung. ■

Elf hessische Modellprojekte im Jahr 2016 gefördert



FOTO: oneinchpunch - Fotolia.com

In Hessen sind im vergangenen Jahr elf Modellprojekte und eine Vielzahl von Ehrenamtsinitiativen mit rund 460.000 Euro durch die gesetzliche und private Pflegeversicherung gefördert worden. Im Vergleich zum Jahr 2016 ist das eine Steigerung um rund 37.000 Euro. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sowie die Kommunen gewährten einen Zuschuss in gleicher Höhe. Mit den Mitteln sollen Versorgungsstrukturen und -konzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige (§ 45 c Absatz 1 SGB XI) erprobt oder noch weiter ausgebaut werden. Gefördert wird z. B. ein hessisches Modellprojekt, bei dem Ehrenamtler im Rahmen eines Hol- und Bringdienstes sicherstellen, dass allein lebende Menschen mit Demenz im Frühstadium nach einem Klinikaufenthalt sicher wieder nach Hause gebracht werden. Bei einem anderen Projekt wird mit Hilfe einer webbasierten Informationsplattform die Versorgung und Betreuung in einer ambulanten Wohngruppe für Menschen mit Demenz dokumentiert, organisiert und gesteuert. Jährlich können bundesweit bis zu 25 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds abgerufen werden. Die Mittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt. Für Hessen stehen ca. 1.8 Millionen Euro zur Verfügung.

Neue Pflegebegutachtung stellt Menschen in den Mittelpunkt

Seit dem 01.01.2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Er ist Teil der Pflegereform, die die große Koalition 2015 mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II auf den Weg gebracht hat.

Pflegegrad (PG)	Geldleistung ambulant (Pflegegeld)	Sachleistung ambulant	Leistungsbetrag vollstationär
PG 1	125,00 € *)	0,00 €	125,00 €
PG 2	316,00 €	689,00 €	770,00 €
PG 3	545,00 €	1.298,00 €	1.262,00 €
PG 4	728,00 €	1.612,00 €	1.775,00 €
PG 5	901,00 €	1.995,00 €	2.005,00 €

*) keine Geldleistung, sondern zweckgebundene Kostenerstattung

Der Anspruch an die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs war hoch. Sie sollte die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gerechter machen. Dafür wurden die Kriterien verändert. Die neue Definition berücksichtigt nun die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz oder geistigen / psychischen Einschränkungen und wie bisher auch die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Problemen. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde auch ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit etabliert. Maßstab ist nicht mehr der Hilfebedarf eines Patienten in Minuten, sondern dessen Grad der Selbständigkeit. Das neue Instrumentarium stellt den Menschen, seine Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Bei der Begutachtung wird ermittelt, wie die Selbständigkeit erhalten und gestärkt werden kann und wobei Unterstützung benötigt wird. Dazu werden die Fähigkeiten in allen Lebensbereichen begutachtet. Dadurch ergibt sich ein Gesamtbild, das eine Einordnung in den jeweiligen Pflegegrad leichter möglich macht.

Alle Versicherten, die bereits eine Pflegestufe hatten, wurden durch die Pflegekasse automatisch in den jeweiligen

Pflegegrad übergeleitet. Versicherte mit körperlichen Einschränkungen wurden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet, also z. B. von Pflegestufe I in Pflegegrad 2. Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, wurden in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet (z. B. Pflegestufe III in Pflegegrad 5). Sofern bereits 2016 Pflegeleistungen gewährt wurden, werden diese mindestens in gleichem Umfang fortgeführt.

Mit der Umwandlung von Pflegestufen in Pflegegrade bekommen die meisten Pflegebedürftigen monatlich höhere Leistungsbeträge. Nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit stehen seit Januar 2017 jährlich rund fünf Mrd. Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen gilt künftig ein einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5. Dieser steigt nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, sondern nur noch, sofern ein höherer Pflegesatz vereinbart wurde. Der Pflegesatz wird i. d. R. jährlich verhandelt und steigt in geringerem Umfang. Demgegenüber führte bislang eine höhere Pflegestufe stets zu deutlich mehr Kosten für die Pflegebedürftigen. ■

Bessere Patientenversorgung durch Innovationsfonds



FOTO oneinchpunch - Fotolia.com

Das Wohl des Patienten und eine sehr gute Behandlungsqualität – auf diesen beiden Säulen soll die Gesundheitsversorgung der Zukunft stehen. Der 2016 geschaffene Innovationsfonds soll mit zum Erfolg beitragen und wird bis 2019 pro Jahr 300 Millionen Euro bereitstellen. Davon sollen jährlich 225 Millionen Euro in die Förderung neuer Versorgungsformen fließen, 75 Millionen Euro sind für die Versorgungsforschung vorgesehen. Der Innovationsfonds finanziert sich aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ist beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelt.

Über die Förderung eines Projektes entscheidet der Innovationsausschuss. Er besteht aus zehn Mitgliedern, die die verschiedenen Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen repräsentieren. Außerdem sind das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung vertreten. Patientenvertreter sind ebenfalls eingebunden. Empfehlungen für die Förderung gibt ein Expertenrat, der von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe berufen wurde. Für die Förderung neuer Versorgungsformen gingen in der ersten Welle 120 Anträge ein, im Bereich der Versorgungsforschung waren es rund 160 Vollanträge. Genehmigt wurden im ersten Bereich 29 Anträge, im zweiten 62. Bei sechs Projekten sind die Ersatzkassen Konsortialführer, darunter ist auch das Projekt RESIST. Das Modellvorhaben „RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“ hat bereits eine Förderzusage von über 14 Mio. Euro erhalten. Mit Hilfe von „RESIST“ sollen unnötige Antibiotikaverordnungen verringert werden, um dadurch die Zunahme multiresistenter Keime einzudämmen und die Wirksamkeit bestehender Antibiotika zu erhalten. Auch das Projekt ELSAH – Evaluation der Spezialiserten Ambulanten Palliativversorgung erhält in Hessen unter Beteiligung des Fachverbandes SAPV 1,2 Mio. Euro.

Impfvereinbarung Hessen

Im Rahmen der noch bis Ende 2019 laufenden Impfvereinbarung haben die Ersatzkassen gemeinsam mit ihren Vertragspartnern die Honorare für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten angepasst. Danach wurden die Vergütungen vereinbarungsgemäß zum 01.01.2017 um 2,5 Prozent erhöht. Damit soll auch in der Zukunft weiter das vorrangige Ziel verfolgt werden, den Schutz gegen Infektionskrankheiten in Hessen zu verbessern und die Durchimpfungsrate in den kommenden Jahren noch weiter zu erhöhen.

Versandapotheken sind keine Bedrohung

Das geplante Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln hat objektiv betrachtet keine Berechtigung. Das geht aus einer aktuellen forsa-Umfrage hervor, die der vdek in Auftrag gegeben hatte. Hiernach hat jeder Vierte (24 Prozent) mindestens einmal Medikamente in einer Internetapotheke bestellt. Rezeptpflichtige Arzneimittel gehörten jedoch bei einer überwiegenden Mehrheit der Befragten (97 Prozent) nicht dazu. Nur 11 Prozent denkt grundsätzlich darüber nach. Von einer Existenzbedrohung der Apotheken vor Ort durch Internet-Apotheken kann also keine Rede sein. Der Zugangsweg für die Versicherten sollte deshalb erhalten bleiben. In Hessen gab es 2015 1.518 Apotheken. Damit war eine Apotheke rechnerisch für rund 4.069 Menschen und deren Versorgung zuständig. Damit liegt Hessen im Bundesdurchschnitt.

Pflegelotse überarbeitet

Die Suche nach einer Pflegeeinrichtung wird mit dem Pflegelotsen künftig noch einfacher. Die Suchmaschine der Ersatzkassen informiert bundesweit und auch über die rund 1.100 ambulanten und 1.000 stationären Einrichtungen in Hessen. Sie liefert die wichtigsten Daten, wie die Anzahl der Plätze, den Kostenanteil für den Versicherten je Pflegegrad und die Pflegenote auf einen Blick. Die Bedienung ist noch nutzerfreundlicher geworden. Ob am PC, auf dem Tablet oder dem Smartphone, die Inhalte werden auf die Größe des Endgeräts angepasst und optimal dargestellt. Kommen mehrere Einrichtungen in Frage, dann können diese in einer Merkliste abgelegt werden, in der verschiedene Parameter direkt miteinander verglichen werden können. Das Informationsportal ist unter www.pflegelotse.de zu finden.

BÜCHER

IGeL-Angebote beim Arzt

„Gesundheit ist das höchste Gut“, heißt es mit Recht. Daher ist es nicht verwunderlich, dass viele Menschen aktiv etwas für ihre Gesundheit tun möchten und dabei auch auf individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) setzen, deren Wirksamkeit oft nicht wissenschaftlich belegt ist. Das Buch „IGeL-Angebote beim Arzt“ hilft dabei, ärztliche Zusatzangebote besser einzuschätzen. Die 24 häufigsten IGeL-Angebote, Tipps für das Gespräch mit dem Arzt, Patientenrechte und IGeL – über diese und weitere Aspekte informiert das Buch von Tanja Wolf.



Tanja Wolf
IGeL-Angebote beim Arzt
2015, 196 Seiten, € 12,90
Verbraucher-Zentrale NRW,
Düsseldorf

Krankenhaus-Report 2017

Wie könnte die stationäre Versorgung der Zukunft aussehen? Wie kann die Notfallversorgung neu und besser organisiert werden und welche weiteren Herausforderungen werden in zehn oder fünfzehn Jahren zu erwarten sein? Mit diesen und weiteren Fragestellungen setzt sich der Krankenhaus-Report 2017 auseinander und blickt dabei bewusst über die unmittelbar anstehenden Problemlagen hinaus. Verschiedene Autoren analysieren die sich abzeichnenden Herausforderungen und entwickeln Konzepte für die stationäre Versorgung der Zukunft.



Klauber / Geraedts / Friedrich / Wasem
Krankenhaus-Report 2017
2017, 496 Seiten, € 59,99
Schattauer Verlag, Stuttgart

VORSORGE

IGeL ohne Zusatznutzen



GRAFIK MDS

Der Markt mit der Gesundheit boomt. Etwa eine Milliarde Euro geben gesetzlich Versicherte jährlich in den deutschen Arztpraxen für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aus. Sie wollen sich damit etwas Gutes tun und bezahlen das Angebot privat. Doch häufig geht der Schuss nach hinten los, wie der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS) belegt, der 45 Angebote bewertet hat. Vier Angebote werden sogar klar negativ bewertet: Das Risiko für eine Schädigung liegt dabei deutlich höher als der Nutzen. Dazu gehören Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Früherkennung von Krebs, die durchblutungsfördernde Infusionstherapie gegen Hörsturz, die Colon-Hydro-Therapie, eine spezielle Form der Darmspülung, sowie die Immunglobulin G-Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie. 17 weitere IGeL erhalten die Bewertung „tendenziell negativ“. Das heißt, der zu erwartende Schaden wird als geringfügig höher als der Nutzen eingestuft. Bei weiteren 15 Bewertungen kommen die Wissenschaftler zu dem Schluss, dass die Schaden-/Nutzen-Bilanz jedenfalls unklar ist. Nur drei IGeL werden mit tendenziell positiv bewertet. Informationen zu den IGeL-Angeboten sind unter www.igel-monitor.de zu finden.

ORGANSPENDE

Zahl der Organ-spenden gering



FOTO Alexander Rathis – Fotolia.com

Im vergangenen Jahr haben in Hessen 56 Menschen nach ihrem Tod Organe gespendet, um anderen, schwer kranken Menschen zu helfen. Damit liegt die Zahl der Organspenden in Hessen auf Vorjahresniveau. Bundesweit ist die Bereitschaft zur Organspende weiter gesunken. Waren es 2015 noch 877 Menschen, die nach ihrem Tod Organe spendeten, sank die Zahl 2016 um 20 auf 857. Deutschlandweit gab es 2016 in Bremen (5) die wenigsten Organspender und in Nordrhein-Westfalen (162) die meisten. Der jüngsten Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zufolge stehen acht von zehn Bundesbürgern einer Organspende positiv gegenüber. Einen Organspendeausweis haben jedoch nur 27 Prozent der Befragten. Diese Diskrepanz aufzulösen wird eine gesellschaftliche Aufgabe der Zukunft sein.

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