

# report hessen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Sept. 2010

# ersatzkassen

## Novellierung hessischer Landesgesetze: Kostenschub zulasten der Versicherten steht zu befürchten!

Am 31.12.2010 endet die Laufzeit für zwei hessische Landesgesetze aus dem Bereich des Gesundheitswesens. Der Hessische Landtag befasst sich deshalb zurzeit mit Entwürfen zur Neufassung der Gesetze mit Wirkung ab dem 1.1.2011. Im Einzelnen handelt es sich um das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG) aus dem Jahre 2002 und das Hessische Rettungsdienstgesetz (HRDG) aus dem Jahre 1998.

Das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit hat im Laufe des ersten Halbjahrs 2010 zu beiden Gesetzen Neufassungen erarbeitet. Die Gesetzesvorlagen in der „Kabinettsfassung“ wurden im April und Mai 2010 vom Kabinett verabschiedet und anschließend in den Beratungsprozess eingebracht. Die Beschlüsse über die Gesetzesnovellierungen muss der Hessische Landtag spätestens bis zum Jahresende fassen, da die aktuellen Gesetze nach geltendem Recht jeweils befristet sind und zu dem im jeweiligen Gesetz festgelegten Zeitpunkt automatisch enden. Die Krankenkassen und ihre

### In dieser Ausgabe:

- Novellierung hessischer Landesgesetze
- vdek bewirbt sich als Präqualifizierungsstelle
- Pflege-Transparenzvereinbarung
- Hospizförderung
- Veranstaltungen und Personalien
- Kurz berichtet
- Buchvorstellung

Verbände in Hessen hatten die Möglichkeit, Hinweise im laufenden Gesetzgebungsprozess zu geben. Leider wurden diese Hinweise, die im Sinne der Versicherten u. a. eine angemessene und wirtschaftliche Versorgung anmahnten, bis dato wenig gehört.

## I. Hessisches Krankenhausgesetz (HKHG)

Die Gesetzesnovelle zum HKHG sieht laut Entwurf des Ministeriums im Besonderen folgende Änderungen vor:

- Verbesserung der Qualitätssicherung und der Krankenhaushygiene
- Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplans (Verzicht auf Bettenplanung)
- Einrichtung von Gesundheitskonferenzen
- Veränderungen bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Krankenkassen.

Einen Teil der oben dargestellten Änderungsvorschläge bewerten die Ersatzkassen in Hessen durchaus **positiv**:

- Das HKHG 2011 räumt der **qualitativ hochwertigen Versorgung** der Bürgerinnen und Bürger in Hessen zu Recht eine hohe Priorität ein. Zu den expliziten Gesetzeszielen gehört eine „qualitativ hochwertige“ Versorgung.
- Ferner werden die Krankenhäuser nunmehr erstmalig dazu verpflichtet, dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend alle erforderlichen **Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen** zu treffen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den **multiresistenten Erregern, z. B. der sogenannten MRSA-Keime** (multiresistenter Staphylococcus aureus), die gegen fast alle bisher marktüblichen Antibiotika resistent sind. Die Verbreitung dieser Bakterien ist ein weltweites Problem. So werden allein in Deutschland pro Jahr (je nach Quelle) etwa 40.000 Patienten infiziert.  
Holländische Krankenhäuser sind im Kampf gegen MRSA bereits weiter. Schon bei der Aufnahme von Patienten wird dort abgeklärt, ob eine MRSA-Besiedlung vorliegt. Bei positivem Testergebnis werden die Patienten isoliert und erst nach erfolgreicher Bekämpfung der Bakterien in den normalen Krankenhausbetrieb aufgenommen. An diesem Verfahren sollen sich zukünftig auch die hessischen Krankenhäuser orientieren.

Neben den positiven Aspekten der Gesetzesnovelle stehen die Ersatzkassen in Hessen jedoch einigen wesentlichen Punkten **kritisch gegenüber**:

- Laut Entwurf zum HKHG 2011 soll die bisherige Bettenplanung ersatzlos entfallen. Durch

die Umstellung der Finanzierungssystematik der Krankenhausbehandlung von tagesgleichen Pflegesätzen (= Pflegesatz pro Tag x Verweildauer) auf Fallpauschalen (DRG=Diagnosis Related Groups = Pauschale je Krankenhausfall) spielt das Krankenhausbett zwar nur noch eine untergeordnete Rolle. Nach Auffassung der Ersatzkassen ist jedoch eine Bettenplanung weiterhin erforderlich, da nur über die Größe „Planbett“ eine eventuell bestehende Unter- oder Überversorgung der Bevölkerung adäquat gemessen und nachgewiesen werden kann.

Es ist grundsätzlich richtig, den Krankenhäusern stärker die Möglichkeit zu geben, zeitnah auf Veränderungen in der Nachfrage reagieren zu können. Gleichwohl bedarf es nach wie vor einer Kenngröße als Korrektiv im oben genannten Sinne, z. B. auch als Größenbezug für Krankenhaus-Baumaßnahmen. Hier hat sich „das Bett“ als „handhabbare Größe“ etabliert.

- Ein weiterer kritischer Punkt ist die Besetzung und Rolle der geplanten Gesundheitskonferenzen. Aufgabe der bisherigen Krankenhauskonferenzen, die durch die Gesundheitskonferenzen abgelöst werden sollen, ist es, spezifische Aufgabenstellungen, die ausschließlich die Krankenhausplanung, die Weiterentwicklung des Krankenhausplans sowie die Beurteilung entsprechender Anträge der Krankenhausträger betreffen, zu bewerten und hierüber zu entscheiden.

Nunmehr soll der Kreis der Teilnehmer gegenüber den bisherigen Krankenhauskonferenzen erheblich erweitert werden.

Zukünftig sollen neben den bisher Beteiligten (jeweils acht Vertreter der Krankenhaus- und Kostenträger sowie – ohne Stimmrecht – ein(e) Vorsitzende(r) und ein(e) stv. Vorsitzende(r) des jeweiligen Versorgungsbereichs) auch Vertreter des ambulanten Bereichs (Kassenärztliche Vereinigung (KVH), Landesärztekammer (LÄKH)) sowie Patientenvertreter und Vertreter für jeden Kreis und jede kreisfreie Stadt im Versorgungsgebiet der Konferenz Mitglied in der Gesundheitskonferenz sein.

Die Ersatzkassen in Hessen können nicht nachvollziehen, dass ein derartig erweiterter Kreis Empfehlungskompetenzen zu krankhausplanerischen Tatbeständen haben und über Thematiken mitentscheiden soll, von denen ein Großteil der Mitglieder nicht direkt betroffen ist.

Direkt betroffen sind nur die Krankenhäuser und die Krankenkassen. Im Übrigen sind bei dieser Besetzung Interessenskonflikte vorprogrammiert, da Vertreter der Kreise zugleich auch ihre Interessen als Träger kommunaler Krankenhäuser vertreten werden.

Die Krankenkassenvertreter in der „Gesundheitskonferenz“ würden somit in der Regel überstimmt werden.

Die Ersatzkassen haben gemeinsam mit allen Krankenkassen und deren Verbänden in Hessen mehrfach vorgeschlagen, krankenhaus-spezifische Themen nur durch die unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten entscheiden zu lassen. Das zuständige Ministerium ging bis dato hierauf nicht ein.

- Ferner ist die Regelung über die Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen problematisch. § 212 Abs. 5 Sozialgesetzbuch V (SGB V) bestimmt bereits, dass beispielsweise die Ersatzkassen für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis benennen. Dem widerspricht die geplante neue Regelung im HKHG 2011, indem sie für zwei Kassenarten deren Vertreter festlegt. Da eine solche Regelung nicht in der Gesetzgebungskompetenz des Landes liegt, wurde ein alternativer Regelungsvorschlag in das laufende Verfahren eingebracht.

## II. Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG 2011)

Die Gesetzesnovelle zum HRDG sieht laut Entwurf des Ministeriums im Besonderen folgende Änderungen vor:

- Die Aufgaben der Notfallversorgung und des Krankentransports sind grundsätzlich in organisatorischer Einheit durchzuführen. Eine organisatorische Trennung kann in begründeten Ausnahmefällen stattfinden.
- Optional kann der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in die Aufgaben der Zentralen Leitstellen einbezogen werden.
- Der Anteil des Landes an den Personalkosten der Zentralen Leitstellen soll sinken.
- Bei Großveranstaltungen soll zukünftig eine Erhöhung der Rettungsdienstvorhaltungen auf Kosten der Krankenkassen erfolgen.

- Die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen in Hessen sollen z. B. bei der Aufstellung und Fortschreibung der Bereichspläne weiter geschwächt werden.

Bei den genannten Änderungen bewerten die Ersatzkassen in Hessen positiv, dass im HRDG 2011 der Regelungsumfang reduziert wird. U. a. werden bisherige Ordnungsregelungen in das HRDG 2011 einbezogen, um an zentraler Stelle Transparenz über alle Regelungen in Bezug auf den hessischen Rettungsdienst zu haben.

Die Möglichkeit, durch Einbindung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung in die Aufgaben der Zentralen Leitstellen eine gezielte Zuordnung der Einsätze auf die jeweils adäquate Versorgungsebene zu ermöglichen, wird ebenfalls begrüßt.

### Anregungen und Vorschläge der Kassen finden im Entwurf des HRDG 2011 kaum Berücksichtigung

Im Vorfeld der Gesetzesnovellierung haben die Ersatzkassen gemeinsam mit allen Krankenkassen und ihren Verbänden in Hessen zahlreiche Anregungen und Vorschläge, wie z. B. zur

- Reduzierung der Anzahl der Zentralen Leitstellen,
- Regelung des Rettungsdienstbedarfes nur im Rahmen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports. Sonderveranstaltungen wie z. B. Großveranstaltungen zulasten der Krankenkassen sollen davon ausgenommen sein.
- Herausnahme von Berg- und Wasserrettung aus dem HRDG,
- einheitlichen Strukturierung des Rettungsdienstes in Hessen mit dem Land als Träger und
- Einbeziehung der Kostenträger bei der Erstellung der Bereichspläne

gegenüber dem HMAFG gemacht. Diese finden in der Gesetzesnovelle leider kaum Berücksichtigung.

**Im Gegenteil:** Bisherige Finanzierungsregelungen sollen so geändert werden, dass eine noch stärkere Kostenbeteiligung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorprogrammiert ist.

So ist durch die drastische Reduzierung des Anteils des Landes an den Personalkosten der Zentralen

Leitstellen auf nur noch gut ein Drittel des bisherigen Betrages zu befürchten, dass der so von den Kommunen eingesparte Betrag zwangsläufig und größtenteils von den Krankenkassen, also der Versicherungsgemeinschaft, zu tragen sein wird.

Die Nutzung von Synergieeffekten und damit einhergehende reale Kosteneinsparungen, die durch eine Veränderung der Leitstellenstruktur möglich gewesen wären, sind nicht vorgesehen.

Auch die Kosten für die Erhöhung der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung bei kommerziellen Großveranstaltungen über das regelmäßige Leistungsaufkommen hinaus sollen auf die Versicherten verlagert werden. Diese geplante Kostenverlagerung ist weder gerechtfertigt noch verursachergerecht.

Aus Sicht der Ersatzkassen stellt diese Erhöhung der Vorhaltung für rettungsdienstliche Einsätze außerhalb des Veranstaltungsraums selbst keine Aufgabe des allgemeinen Rettungsdienstes dar! Kommerzielle Großveranstaltungen werden in Gewinnerzie-

lungsabsicht durchgeführt. Nicht zuletzt deshalb müssen die hierfür anfallenden Kosten vom Veranstalter als Verursacher getragen werden. Kritisch ist ferner die weitere Schwächung der Mitwirkungsrechte der Krankenkassen. Dem gegenüber wäre eine Stärkung der Einflussmöglichkeiten z. B. über ein aktives Mitwirkungsrecht sachgerecht.

Der Vorschlag der Kassenseite, bei fehlender Einigung über Bereichspläne eine sogenannte Strukturschiedsstelle nach bayerischem Vorbild als Konfliktlösungsmechanismus einzuführen, wurde ebenfalls nicht in das HRDG 2011 aufgenommen.

Die Berg- und Wasserrettung als Rettung eines Menschen aus akuter Lebens- und Gesundheitsgefahr ist als Bestandteil der allgemeinen Gefahrenabwehr anzusehen und somit dem Hessischen Brand- und Katastrophenschutz (HBKG) zuzuordnen. Dennoch ist dieser Bereich weiterhin im Entwurf des HRDG 2011 vorgesehen. Dadurch fehlt weiterhin eine klare Abgrenzung der allgemeinen Gefahrenabwehr des HBKG zur eigentlichen Leistungspflicht der Krankenkassen im Rettungsdienst.



Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

## DER KOMMENTAR – EIN FAZIT

Das zuständige Ministerium musste handeln, da die befristeten Landesgesetze zum Jahresende ihre Wirksamkeit verlieren. Im Gesetzgebungsprozess hat es sich von verschiedenen Interessengruppen, so auch den Ersatzkassen, ihrem Verband und den anderen Krankenkassen in Hessen, beraten lassen. Hierbei ist manch Gutes herausgekommen. Die genannten Kritikpunkte bleiben jedoch bestehen und sind so relevant, dass man dem Ministerium im Sinne der Versicherten mehr Bereitschaft auch zur Aufnahme versichertenfreundlicher Regelungen gewünscht hätte. Deshalb bedürfen einige wesentliche Neuregelungen in der dargestellten Weise einer Nachjustierung im laufenden Gesetzgebungsverfahren.

Hierbei müssen auch die Veränderungen der Rahmenbedingungen bedacht werden. Der Bundesgesundheitsminister hat am 6.7.2010 die Eckpunkte zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2011 vorgelegt. Diese sehen neben einer Festschreibung des Arbeitgeberanteils künftig **keine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes** mehr vor. Dies soll auch für den Fall gelten, dass noch nicht einmal 95 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen aus den vorhandenen Beitragsmitteln des Gesundheitsfonds finanziert werden konnten.

Künftige Ausgabensteigerungen müssen damit ausschließlich von den Versicherten der Krankenkassen – ggf. über Zusatzbeiträge – finanziert werden.

Wenn auf Landesebene – wie aktuell in Hessen geplant – Gesetze so verändert werden, dass eine Entlastung der öffentlichen Haushalte nur durch Ausgabenerhöhungen bei den Krankenkassen kompensiert werden kann, würde dies also umso mehr eine einseitige Belastung der Versicherten der GKV nach sich ziehen. Kann das von den Gesundheitspolitikern des Landes so gewollt sein?

Die Ersatzkassen und ihr Verband werden sich gemeinsam mit den anderen Krankenkassen in Hessen im laufenden Gesetzgebungsverfahren weiter dafür stark machen, dass es hierzu nicht kommt.

## Hilfsmittelversorgung vdek bewirbt sich als Präqualifizierungsstelle

Der vdek hat Anfang Mai beim GKV-Spitzenverband einen Antrag auf „Benennung als Präqualifizierungsstelle“ gestellt.

Mit der Präqualifizierung wird das bisherige Zulassungsverfahren im Hilfsmittelbereich neu strukturiert.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde die Möglichkeit geschaffen, mit den Präqualifizierungsstellen unabhängige zentrale Stellen mit der Eignungsprüfung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich zu beauftragen.

Die Bestätigung durch eine Präqualifizierungsstelle bei Vorliegen der entsprechenden Eignungsvoraussetzung bildet die Grundlage, um Vertragspartner der Krankenkassen zu werden.

Es ist davon auszugehen, dass die ersten Präqualifizierungsstellen im November 2010 ihre Tätigkeit aufnehmen werden und zu diesem Zeitpunkt auch das Verfahren offiziell startet. Ursprünglich war eine Einführung des Verfahrens durch den GKV-Spitzenverband bereits ab dem 1.7.2010 vorgesehen.

Sobald der GKV-Spitzenverband – vermutlich im Herbst 2010 – die Präqualifizierungsstellen offiziell benannt hat, ist geplant, eine eigene Homepage für die vdek-Präqualifizierungsstelle einzurichten. Dort können sich interessierte Leistungserbringer u. a. Antragsformulare herunterladen und über weitere Themen, wie die zu erfüllenden Voraussetzungen, informieren.

Der Begriff Präqualifizierung kommt aus dem Vergaberecht: Interessierte Unternehmen weisen ihre Eignung einmalig für eine unbestimmte Anzahl von künftigen Vergabeverfahren nach und können sich damit in einem zentralen Verzeichnis registrieren lassen. Damit gelten die Bieter als anerkannt und müssen nicht mehr in jedem konkreten Vergabeverfahren ihre Eignung neu nachweisen.

Bis die ersten Präqualifizierungsstellen benannt sind, wird der vdek die Qualitätsprüfungen für die Ersatzkassen in gewohnter Weise durchführen. Das bedeutet: Die hessischen Leistungserbringer können ihre Anträge weiterhin an die vdek-Landesvertretung in Hessen senden.

## Pflege-Transparenzberichte

### Erste Landesdurchschnittsnoten für Hessen lassen positiven Trend – besser als der Bundesdurchschnitt – erkennen

Für rund 30 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und knapp 25 Prozent der ambulanten Pflegedienste in Hessen liegen auf Grundlage der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK) nun die Pflegenoten vor, sodass für beide Bereiche erstmals die jeweiligen Landesdurchschnittswerte berechnet und veröffentlicht werden konnten. Die Bewertungssystematik entspricht Schulnoten.

Mit einer Durchschnittsnote von 1,6 schneiden die bisher geprüften 486 **stationären** Pflegeeinrichtungen in Hessen besser ab als der Bundesdurchschnitt. Dieser liegt bei den bundesweit bisher geprüften 6.022 stationären Pflegeeinrichtungen bei nur 1,9.

Von insgesamt 1.014 **ambulanten** Pflegediensten in Hessen wurden bisher 255 überprüft und deren

Ergebnisse veröffentlicht. Die aktuelle Durchschnittsnote in Hessen liegt bei 2,0 und damit ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt von 2,1. Dieser Bundesdurchschnittswert beruht auf 4.810 bisher zur Veröffentlichung freigegebenen Prüfergebnissen.

Von den bisher geprüften Pflegeeinrichtungen in Hessen haben im Ergebnis ca. 91/76 Prozent (stationär/ambulant) eine sehr gute oder gute Gesamtnote erhalten. Demgegenüber erreichten ca. 1,4/9,8 Prozent (stationär/ambulant) nur eine ausreichende oder mangelhafte Gesamtnote.

#### **Die Botschaft für Pflegebedürftige und deren Angehörige:**

In Hessen werden Patienten in vielen stationären Pflegeeinrichtungen und von vielen ambulanten Diensten (sehr) gut gepflegt.

Bei nur ausreichendem oder gar mangelhaftem Prüfungsergebnis müssen die Leistungserbringer unverzüglich die Qualität der Pflege verbessern, um die Pflegebedürftigen angemessen zu versorgen. Hierauf werden sie von den Pflegekassen nachhaltig hingewiesen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen durch die Veröffentlichung der Prüfergebnisse ermuntert werden, sich vor Abschluss eines Pflegevertrages mit einer stationären Pflegeeinrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst deren Pflegenote anzusehen und sie bei ihrer Entscheidung einbeziehen.

Bis Ende des Jahres 2010 werden sukzessive alle 720 stationären Pflegeeinrichtungen und alle 1.014 ambulanten Pflegedienste in Hessen vom MDK überprüft. Die vdek-Landesvertretung Hessen geht davon aus, dass sich der Trend in der Benotung positiv fortsetzen wird.

### Weiterentwicklung wird befürwortet

Am System der Pflegenoten wird aber auch zu Recht Kritik geäußert.

Eine am 21.7.2010 präsentierte wissenschaftliche Evaluation der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg, und der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin, die von allen Partnern der Pflege-Transparenzvereinbarung Ende 2008/Anfang 2009 beschlossen wurde, kommt jedoch zu dem Ergebnis, dass es zur Information und Orientierung der Verbraucher zu den Pflegebegutachtungen zurzeit keine bessere und kurzfristig realisierbare Alternative gibt.

Die vdek-Landesvertretung Hessen sieht gleichwohl die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Pflegenoten.

Die Empfehlungen der Wissenschaftler/innen liefern hierfür eine konstruktive Grundlage. Es ist deshalb zu begrüßen, dass sich die Partner der Pflege-Transparenzvereinbarung bereits im Vorfeld der Veröffentlichung darauf verständigt haben, die Empfehlungen aufzugreifen und schrittweise umzusetzen.

Die Ersatzkassen haben als Plattform für die Veröffentlichung der Noten das Internetportal [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) entwickelt.

## Hospizförderung

### Ersatzkassen in Hessen fördern ambulante Hospizdienste mit mehr als einer Million Euro

Die Ersatzkassen in Hessen fördern in diesem Jahr 54 ambulante Hospizdienste (AHD) mit einer Fördersumme in Höhe von knapp über einer Million Euro. Der Förderbetrag aller gesetzlichen Krankenkassen in Hessen im Jahr 2010 beträgt 2.457.679,05 Euro. Der Anteil der Ersatzkassen in Hessen an der Gesamtfördersumme beträgt damit 41,08 Prozent (2009 = 40,64 Prozent) und stellt damit den höchsten Anteil aller Krankenkassen in Hessen dar.

Im Jahr 2010 haben die in Hessen geförderten ambulanten Hospizdienste mit 1.885 ehrenamtlich Tätigen (2009 = 1.827) 2.194 Sterbebegleitungen (2009 = 2.721) erbracht.

Die Förderung durch die Ersatzkassen und die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt leistet einen wichtigen Beitrag, um eine flächendeckende ambulante Hospizversorgung auszubauen und so dem sterbenden Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

Die bedarfsgerechte Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase in ihrem

gewohnten Umfeld ist eine gesellschaftliche Herausforderung, die durch das qualifizierte Engagement von AHD wesentlich unterstützt wird. Dabei stehen die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen im Zentrum der Hospizarbeit.

Die gesetzlichen Krankenkassen fördern gemäß § 39 a Sozialgesetzbuch V (SGB V) ambulante Hospizdienste, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte, ehrenamtliche Sterbebegleitung erbringen.

Der Hospizdienst arbeitet mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammen und steht unter der fachlichen Verantwortung z. B. einer Krankenschwester, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt.

Der Hospizdienst stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher.

## VERANSTALTUNGEN UND PERSONALIEN

### I. Verleihung der „VdAK-Verdienstmedaille in Silber“ an Willi Leber

Für seine Verdienste um die Ersatzkassengemeinschaft und sein fast 20-jähriges Engagement in den Gremien des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) wurde Herrn Willi Leber am 3.5.2010 die „VdAK-Verdienstmedaille in Silber“ durch den Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), Thomas Ballast, verliehen.



von links: Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek; Willi Leber, Jubilar; Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

Bei der feierlichen Verleihung in den Räumen der vdek-Landesvertretung Hessen waren Mitglieder des vdek-Landesausschusses Hessen, berufliche Wegbegleiter Lebers, die Leiterin sowie weitere Mitarbeiter der vdek-Landesvertretung Hessen anwesend.

Ballast ging in seiner Laudatio auf die vielen beruflichen Stationen Lebers seit Beginn seiner Berufsausbildung bei der DAK am 1.4.1962 ein.

Bereits seit 1991 war Leber u. a. neben seiner Tätigkeit als DAK-Landesgeschäftsführer in Nordbayern auch im VdAK-Landesausschuss Bayern sowie als Mitglied des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes (MDK) in Bayern aktiv. Nach seinem Wechsel aus Bayern zurück in sein Heimat-Bundesland Hessen, wo er ab Januar 1999 die Leitung der DAK-Landesgeschäftsstelle Hessen übernahm, engagierte sich Leber weiter für die Ersatzkassen im VdAK (heute: vdek).

Zwischen 1999 und 2008 war Leber Vorsitzender des VdAK-Landesausschusses Hessen, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes (MDK) in Hessen und darüber hinaus in zahlreichen weiteren Funktionen im Interesse der Ersatzkassengemeinschaft tätig.

Herbert Trittel (DAK), der derzeitige Landesausschussvorsitzende der Ersatzkassen in Hessen, bedankte sich in

seiner Ansprache namens der Mitgliedskassen für Lebers unermüdliches Engagement und würdigte seine Verdienste für die Ersatzkassen.

Ballast und Claudia Ackermann wünschten dem Geehrten für die Zukunft alles Gute und eine weitere Stabilisierung seines Gesundheitszustandes.

### II. Gesundheitspolitischer Abend der Ersatzkassen in Hessen

Am 10.6.2010 fand auf Einladung des Verbandes der Ersatzkassen und der Ersatzkassen in Hessen in den Räumen der vdek-Landesvertretung Hessen der erste „Gesundheitspolitische Abend der Ersatzkassen in Hessen“ 2010 statt. Die Runde bestand aus Gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern der im Hessischen Landtag vertretenen Parteien und Vertretern der Ersatzkassen und seines Verbandes in Hessen.

Zahlreiche Themen aus der aktuellen Gesundheitspolitik des Landes Hessen und die anstehenden Pläne der Gesundheitspolitik auf Bundesebene standen auf der Tagesordnung. Hierüber entspann sich eine offene und konstruktive Diskussion.

Der „Gesundheitspolitische Abend“ endete mit dem Wunsch aller Beteiligten, diese interessante Form des Dialogs fortzusetzen und als festen Bestandteil des Informationsaustausches zwischen hessischen Gesundheitspolitikern aller Fraktionen und den Ersatzkassen in Hessen zu etablieren.



Teilnehmer/innen des Gesundheitspolitischen Abends der Ersatzkassen in Hessen:  
vordere Reihe von links: Hans-Christian Mick, FDP; Kordula Schulz-Asche, Bündnis 90/Die Grünen; Sören Schmidt-Bodenstein, TK; Martin Till, BARMER GEK; Wolfgang Burk, DAK; Joachim Weber, KKH-Allianz – hintere Reihe von links: Dr. Ralf-Norbert Bartelt, CDU; Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen; Dr. Thomas Spies, SPD, und Marjana Schott, Die Linke, waren kurzfristig entschuldigt

## KURZ BERICHTET

### ■ Vereinbarung zur HPV-Impfung abgeschlossen

Zum 1.7.2010 konnten die Verbände der Krankenkassen in Hessen einen Vertrag über die HPV-Impfung, das heißt die Impfung gegen die humanen Papillomviren, mit den Kinder- und Jugendärzten in Hessen abschließen. Einige Typen der Humanen Papillomviren (HPV) können bösartige Veränderungen hervorrufen, insbesondere Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) bei Frauen.

Dies bedeutet, dass diese Impfung nunmehr auch in Hessen als Sachleistung (Abrechnung über die Krankenversicherer-Karte) von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden kann.

Diesem Vertrag können auch andere interessierte Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die Inhalte dieser Vereinbarung gegen sich gelten lassen, beitreten.

### ■ Berufung

Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen und Volljuristin, wurde auf Vorschlag des vdek zum 1.6.2010 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die kommenden fünf Jahre zur ehrenamtlichen Richterin beim Bundessozialgericht in Kassel (BSG) berufen.

Das Bundessozialgericht wurde 1954 gemäß Art. 95 Grundgesetz als einer der fünf obersten Gerichtshöfe des Bundes errichtet und entscheidet als Revisionsgericht auf dem Gebiet der Sozialgerichtsbarkeit als letzte und höchste Instanz.

### ■ Förderung der Selbsthilfe durch die GKV in Hessen

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen haben über die „Arbeitsgemeinschaft GKV-Selbsthilfeförderung in Hessen“, in der auch die Vertreter der Selbsthilfe mitwirken, die zur Verfügung stehenden Fördermittel für das Jahr 2010 vergeben.

Insgesamt wurden in Hessen mehr als 1,6 Millionen Euro \*\*) an pauschalen Fördermitteln wie folgt vergeben:

Selbsthilfegruppen*) mit Sitz in Hessen	513.799,76 Euro
Landesorganisationen der Selbsthilfe*) in Hessen	337.305,60 Euro
Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen	482.027,94 Euro
Bundesorganisationen der Selbsthilfe*) = 20 Prozent der Basisfördersumme des Jahres 2010	289.444,69 Euro
Gesamt	1.622.577,99 Euro

Mit den Fördermitteln wird die tägliche Arbeit der Selbsthilfeorganisationen unterstützt. Gesetzliche Grundlage für das Engagement der Krankenkassen ist § 20c Sozialgesetzbuch V (SGB V).

\*) gesundheitsbezogene Selbsthilfe \*\*) inkl. Restmittel aus 2008

## BUCHVORSTELLUNG



### Nichtraucherschutzrecht

In der Broschüre „Nichtraucherschutzrecht“ werden die aktuellen Regelungen zum Nichtraucher-schutz in den Bundesländern (Volksentscheid Bayern wird behandelt, Ergebnis wurde erst nach Drucklegung veröffentlicht) dargestellt.

Autoren: **Helmut Breitkopf**, Referatsleiter im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, **Dr. Frank Stollmann**, Leiter der Gruppe „Öffentliches Gesundheitswesen“ im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

2. Auflage 2010, Kommunal- und Schul-Verlag, Wiesbaden, ISBN-Nr.: 978-3-8293-0915-8

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Hessen des vdek  
Walter-Kolb-Str. 9-11  
60594 Frankfurt/M.  
Telefon: 0 69 / 96 21 68 20  
Telefax: 0 69 / 96 21 68 21  
E-Mail: LV\_Hessen@vdek.com  
Redaktion: Meinhard Johannides  
Verantwortlich: Claudia Ackermann