

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ÄRZTE** Neue Bedarfsplanung für Hessen | **LANDTAGSWAHL** Fragen an die Gesundheitspolitiker
KRANKENHAUS Neuregelung zu Investitionskosten | **VDEK** Laufen für einen guten Zweck

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2013

JUBILÄUM

60 Jahre Selbstverwaltung – Eine Erfolgsgeschichte!

Die Mitglieder der Selbstverwaltung konnten am 18. Mai 2013, dem diesjährigen „Tag der Selbstverwaltung“, ein besonderes Ereignis begehen. Vor 60 Jahren konnten die Beitragszahler zum ersten Mal nach Kriegsende an „Sozialwahlen“ teilnehmen. Seither stimmten sie bereits in elf Sozialwahlen darüber ab, wer ihre Interessen in den „Parlamenten“ der sog. Sozialversicherungsträger, also der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, wahrnehmen soll. 2017 werden die nächsten Sozialwahlen durchgeführt.

Damit treffen die Betroffenen selbst in den Gremien der Selbstverwaltung wichtige Entscheidungen für die Versicherten und Beitragszahler. Eine staatliche Einflussnahme ist ausgeschlossen. Die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltung entscheiden beispielsweise über die Finanzen, Leistungen sowie über Organisations- und Personalfragen bei ihrem jeweiligen Sozialversicherungsträger und sind in deren Widerspruchsausschüssen tätig. Die Selbstverwaltung blickt also auf eine 60-jährige Erfolgsgeschichte zurück und ist für die Zukunft gut aufgestellt.

NIEDERGELASSENE ÄRZTE

Bedarfsplanung für Hessen modernisiert

Die wohnortnahe hausärztliche Versorgung auch in ländlichen Regionen ist ein Hauptziel der neuen Bedarfsplanung, die durch einen neuen Zuschnitt der Planungsbereiche erreicht werden soll.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die seit 20 Jahren gültige Bedarfsplanungs-Richtlinie für die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung umfassend überarbeitet.

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie passte der Gemeinsame Bundesausschuss die bisherige Bedarfsplanung nicht nur punktuell an, sondern nahm grundlegende Veränderungen vor, die für die nächsten Jahre Stabilität und Flexibilität in der ambulanten Versorgung ermöglichen sollen. Wesentliche Punkte sind die neue Struktur der Versorgungsebenen, die Weiterentwicklung des Demographiefaktors, die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Psychotherapeuten sowie die Einbeziehung von Arztgruppen, die bisher nicht in die Bedarfsplanung einbezogen waren.

Die neue Struktur umfasst nun vier Versorgungsebenen:

- die hausärztliche
- die allgemeine fachärztliche
- die spezialisierte fachärztliche
- die gesondert fachärztliche Versorgung.

Bisher bildeten die 26 Landkreise und kreisfreien Städte die Grundlage für die regionale Bedarfsplanung aller Arztgruppen. Mit der neuen Bedarfsplanung gibt es für die verschiedenen Versorgungsebenen unterschiedliche Planungsbereiche, deren Größe mit dem Grad der Spezialisierung zunimmt.

Die Vertragspartner der Kassenseite und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) haben sich auf Basis der geänderten Regelungen auf einen neuen Bedarfsplan verständigt. Das hessische Sozialministerium beteiligte sich konstruktiv im Prozess.

Wichtig ist u. a., dass es ab jetzt 67 kleinere Planungsbereiche auf Basis der sog. Mittelbereiche für die hausärztliche Versorgung in Hessen gibt (s. Grafik). Durch die kleinräumigeren Planungsbereiche sollen sich mehr Ärzte in strukturschwächeren ländlichen Regionen niederlassen können, um auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können.

Die Bedarfsplanung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird weiterhin auf Grundlage der bisherigen



Fair umverteilen?

FOTO: Georg J. Lopala – vdek

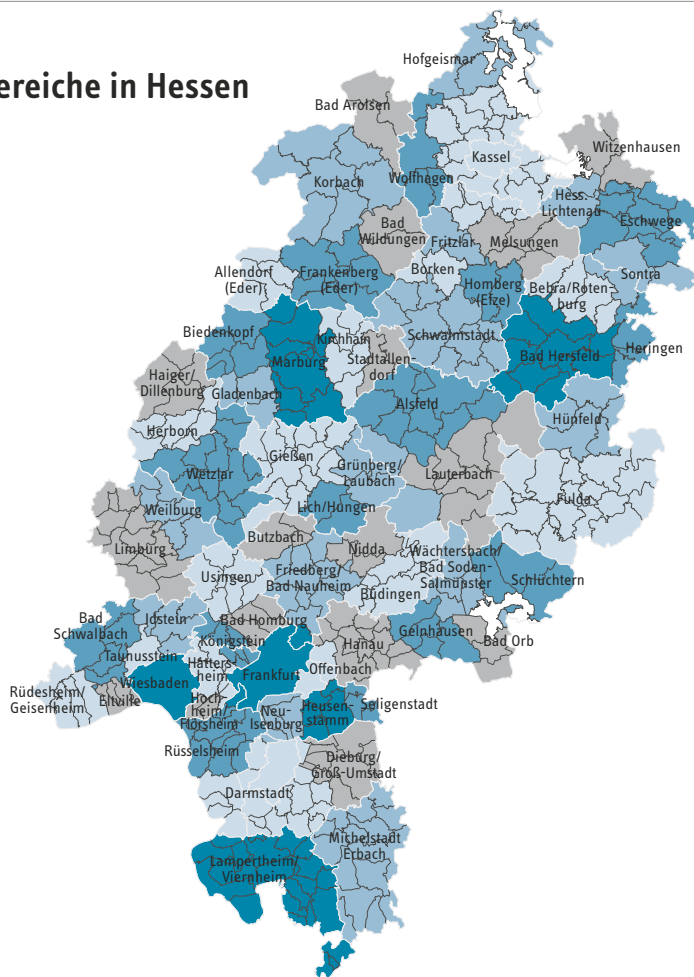


von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

Die neue Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ist da und wird nun auch in Hessen umgesetzt. Die Partner der Selbstverwaltung haben sich dabei weitgehend an die Bundesvorgaben gehalten. In begründeten Einzelfällen wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Dies ist sinnvoll und wird in der Zukunft womöglich noch ausgeweitet, wenn für mehr Regionen die erforderlichen Kenngrößen vorliegen. Insofern ist der neue Bedarfsplan in Hessen ein System, das sich weiter entwickeln kann. Tatsache bleibt aber weiterhin, dass es in Hessen in vielen Regionen eine Überversorgung gibt. Hier sind insgesamt 2100 Psychotherapeuten und Ärzte oberhalb der sog. Sperrgrenze (= Versorgungsgrad $\geq 110\%$) tätig. Dem gegenüber sind in Hessen nur 260 Arztsitze nicht besetzt. Hier muss nach Mitteln und Wegen gesucht werden, um diese Fehlverteilung aufzulösen. Dies gilt umso mehr, als Versicherte aus der Praxis berichten, dass vor allem im fachärztlichen Bereich einschließlich Psychotherapie zeitnahe Termine mitunter schwierig zu bekommen sind. Fraglich ist auch, ob alle Ärzte und Psychotherapeuten ihre Arbeitskraft immer entsprechend ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag zur Verfügung stellen. Diese und weitere Aspekte müssen analysiert und berücksichtigt werden, um die gute ärztliche Versorgung der Versicherten auch für die Zukunft zu sichern.



Mittelbereiche in Hessen



GDAFK, Kassenzulassung Vereinigung Hessen

PLANUNGSBEREICHE (67) für die hausärztliche Versorgung

Planungsbereiche (= Landkreise/kreisfreie Städte) durchgeführt. Die Arztgruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (z. B. Internisten, Radiologen, Anästhesisten) wird zukünftig in fünf Planungsbereiche aufgeteilt. Für Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung (z. B. Pathologen, Laborärzte, usw.) gilt das Land Hessen als Planungsregion.

Neben der Neustrukturierung der Planungsregionen unter erstmaliger Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiater sowie der Ärzte der gesondert fachärztlichen Versorgung werden zukünftig auch ermächtigte Ärzte in die Bedarfsplanung einbezogen.

Auch die neue Bedarfsplanung in Hessen zeigt, dass es genügend Ärzte gibt, die sich um die hessischen Versicherten kümmern. Es gibt zurzeit keinen „Ärztemangel“, sondern vor allem ein Verteilungsproblem, das in den verschiedenen

Arztgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

In der Sitzung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen am 27. Juni 2013 wurde der einvernehmlich beschlossene neue Bedarfsplan zustimmend zur Kenntnis genommen. Ferner wurden in dieser Sitzung auf Grundlage des neuen Bedarfsplans für alle Arztgruppen und alle gesamten Planungsgebiete in Hessen die Versorgungsgrade festgestellt, bei einer Überversorgung entsprechende Zulassungsbeschränkungen und bei vereinzelt unterversorgten Gebieten die Einleitung von Maßnahmen durch die KV Hessen angeordnet.

Der neue Bedarfsplan trat am 1.7.2013 in Kraft und hat eine Laufzeit von 18 Monaten. Danach soll überprüft werden, ob sich die Neuregelungen auch unter Berücksichtigung der eingeleiteten Maßnahmen in der Praxis bewährt haben. ■

Quo Vadis? – Gesundheitspolitik in Hessen

Am 22.9.2013 wird auch der Hessische Landtag neu gewählt. In der heißen Phase des Landtagswahlkampfes haben wir die Gesundheitspolitiker aller Fraktionen im Hessischen Landtag zur Gesundheitspolitik befragt.

In den Wahlprogrammen der Parteien und in der öffentlichen Berichterstattung werden meist publikumswirksame Einzelthemen beleuchtet. Unsere Gesellschaft steht jedoch gerade wegen des demografischen Wandels in der Gesundheits- und Sozialpolitik vor umfassenden Herausforderungen. Die Menschen werden immer älter, und viele sind im Alter auf Hilfe angewiesen. Die Bevölkerungszahl wird nicht nur in Hessen in den kommenden Jahrzehnten deutlich kleiner werden. Strukturschwächere Regionen sind für immer weniger junge Menschen attraktiv, die Bevölkerung konzentriert sich immer stärker in den Ballungsgebieten. Die richtigen Weichen für eine dauerhaft gute medizinische Versorgung und Pflege in allen Regionen müssen deshalb jetzt gestellt werden.

Mit Blick auf die hessischen Landtagswahlen am 22.9.2013 hat die Redaktion von „ersatzkasse report.“ Hessen den gesundheitspolitischen Sprecher/innen der Landtagsfraktionen deshalb folgende fünf Fragen gestellt:

UNSERE FRAGEN ZUR LANDTAGSWAHL:

1. Welches sind die gesundheitspolitischen Schwerpunkte Ihrer Fraktion für die kommende Legislaturperiode?
2. Die ärztliche Versorgung in Hessen ist zurzeit flächendeckend sichergestellt. Welche Maßnahmen planen Sie, damit dies auch zukünftig so bleibt?
3. Wie sollte z. B. der „Hessische Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung“ weiterentwickelt werden?
4. Wie kann sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Finanzmittel so zweckgebunden in den Kliniken eingesetzt werden, dass damit tatsächlich die Versorgung der Patienten, z. B. hinsichtlich Hygiene, verbessert werden kann?
5. Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht erforderlich, um auch in Zukunft eine solide Finanzierung der Pflege sicher zu stellen?

CDU

Antworten der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag:



DR. RALF-NORBERT
BARTELT, MdL
Gesundheitspoli-
scher Sprecher

1. Es gilt, die Auswirkungen des demografischen Wandels und den Strukturwandel im Gesundheitswesen weiter aktiv zu gestalten, z.B. durch Fortsetzung und Intensivierung der Maßnahmen des Hessischen Gesundheitspaktes im ambulanten und stationären Bereich. Wir werben für Versorgungskonzepte, um neue Kooperationsformen und Gesundheitsnetze aufzubauen. Zudem wollen wir Beratungs- und Unterstützungsmodelle für Patienten fördern, z.B. die Einrichtung von regionalen Gesundheitsstützpunkten.

2. Kernanliegen ist die weitere Umsetzung des Hessischen Gesundheitspaktes, um mehr junge Mediziner(innen) für die Allgemeinmedizin und für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu gewinnen. Weitere Initiativen sollen diese Maßnahmen ergänzen (z.B. Telemedizin, Konzepte für bessere Mobilität in der ärztlichen Versorgung – mittels Pendel- und Begleitdiensten, Zweigpraxen, rollende Arztpraxen und Apothekerbusse).

3. ist mit den Fragen 1 und 2 beantwortet.

4. Mit dem neu gestalteten Krankenhausgesetz erhalten die Kliniken ab 2016 eine pauschalisierte Investitionsförderung und damit Planungssicherheit. Wir wollen zudem das Konzept eines Verbundes von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft umsetzen.

5. Mit der Seniorenpolitischen Initiative verfolgen wir das Ziel, altersgerechtes Leben in allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Wir wollen älteren Menschen so lange wie irgend möglich ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Wir wollen die Kurzzeitpflege und die geriatrische Medizin fördern und ausbauen und die häusliche Pflege durch Angehörige weiterhin stärken. Wir unterstützen den Ausbau von Pflegezentren und anderen Beratungs- und Informationsangeboten. Das Modell der pluralen Trägerschaft gilt es dabei zu erhalten. Die Finanzierung der Pflegeversicherung hängt unmittelbar mit einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik zusammen.

Antworten der SPD-Fraktion im Hessischen Landtag:



DR. THOMAS SPIES
MdL, Gesundheitspoli-
tischer Sprecher

- 1 Für die SPD stehen vier Themen im Vordergrund: a) Sicherung der Krankenhausversorgung durch eine Novelle des Krankenhausgesetzes mit einer angemessenen Krankenhausplanung und daran orientierter Investitionsfinanzierung und die Verbesserung der Qualität und Sicherheit, auch durch angemessene Standards. b) Die Stärkung der ambulanten Versorgung, z. B. durch regionale Gesundheitskonferenzen, mehr Rechte für die Länder in der Überwachung der Sicherstellung und eine Förderung eigener Initiativen auf kommunaler Ebene. c) Die Bekämpfung armutsbedingt verminderter Gesundheitschancen und der dramatischen Benachteiligung armer Menschen. d) und die Einführung der Bürgerversicherung!
- 2 Wir wollen eine klare Definition der Sicherstellung sowie die Möglichkeit für Länder und Kommunen, diese fachlich zu prüfen und gegebenenfalls zu unterstützen – bis hin zur Ersatzvornahme. Geprüft werden müssen der Bedarf an Studienplätzen und die Übertragung von Kompetenzen z. B. auf Pflegeberufe. Primärarztsysteme können eine wichtige Unterstützung sein.
- 3 Der hessische Pakt hat alle kritischen Fragen ausgeklammert. Wir werden die Gespräche erneut aufnehmen, sehen aber auch die Notwendigkeit, einzelne schwierige Fragen normativ zu lösen.
- 4 Der Ausbau ökonomischer Steuerungsverfahren hat den Konflikt zwischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit omnipräsent werden lassen. Daher werden sich Probleme nicht durch mehr Geld lösen lassen. Nötig sind vielmehr klare Vereinbarungen, welche Maßnahmen von wem zu ergreifen sind. Scheitern Gespräche, so sind gesetzliche Standards unverzichtbar.
- 5 Um dauerhaft die Finanzierung der Pflege zu sichern, ist die Pflegebürgerversicherung eine zentrale Maßnahme. Denn auf Grund der Versichertenselektion bestehen groteske Wettbewerbsvorteile der PPV gegenüber der GPV – mit absurden Auswirkungen auf die Finanzlage. Die Stärkung ambulanter Versorgung kann sich auch kostenmindernd auswirken. Ein Leben in Würde auch bei Pflegebedürftigkeit kann auch eine Anpassung der Beitragssätze erforderlich machen.

Antworten der FDP-Fraktion im Hessischen Landtag:



RENÉ ROCK, MdL
Gesundheitspoli-
tischer Sprecher

- 1 Eine der Hauptaufgaben der kommenden Legislatur stellt – neben der Krankenhauslandschaft und gerade der Bettenentwicklung im Rhein Main-Gebiet – sicherlich die Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitsbereich dar. Mit der Aufhebung des Deckels in der Altenpflegeausbildung wurde hier ein entscheidender Schritt getan, aber dies reicht noch nicht aus, um den Bedarf in Hessen zu decken. Daher wird sich die FDP für eine Weiterentwicklung der bereits bestehenden Maßnahmen einsetzen.
- 2 Die geschaffenen Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung müssen konsequent genutzt werden. Zudem muss Hessen attraktiver für die Niederlassung von Haus- und Fachärzten werden. Hier wurde auf Bundesebene mit dem Versorgungsstrukturgesetz bereits eine Grundlage geschaffen, als nächster Schritt sollte der Gesundheitsstandort Hessen weiter gestärkt werden.
- 3 Der Pakt, wie das Versorgungsstrukturgesetz, hat nur den ärztlichen Bereich umfasst. Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung ist daher die Ausweitung des Paktes auf andere Bereiche. Auf Bundesebene wurde ein Entwurf vorgelegt, der sich mit der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum befasst. Eine Aufgabe der zukünftigen Landesregierung ist es, frühzeitig in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden und -vereinigungen ein Konzept für alle Gesundheitsbereiche zu entwickeln.
- 4 Die auf Bundesebene durch das Kabinett beschlossenen finanziellen Hilfen für Krankenhäuser wurden aus gutem Grund nicht zweckgebunden, sondern nur mit einer Empfehlung zur Verwendung versehen. Hintergrund ist, dass jedes Krankenhaus am besten weiß, wie die Mittel zu verwenden sind.
- 5 Bei der Pflege, aber auch bei der Absicherung im Alter wird zukünftig die private Vorsorge eine größere Rolle spielen. Mit dem sogenannten „Pflege-Bahr“ wurde eine Grundlage geschaffen, um mit staatlicher Förderung eine demographiefeste Vorsorge fürs Alter zu schaffen. Die Vorteile dieser privaten, staatlich-geförderten Vorsorge muss nun noch bekannter gemacht werden.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Antworten der Fraktion B90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag:

FOTO: Kordula Schulz-Asche, privat



KORDULA SCHULZ-ASCHE, MdL
Gesundheitspolitische
Sprecherin

1. Die zentrale Aufgabe einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik auf Landesebene ist die Gewährleistung des sozial gerechten und gleichen Zugangs aller Bürgerinnen und Bürger zu den Leistungen der Gesundheitsversorgung. Öffentliche Gesundheitsdienste wollen wir durch Gesundheitsförderung und Koordination verschiedenster Angebote stärken. Regionale Gesundheitskonferenzen erhalten die Aufgabe, alle Angebote im Sinne einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung zusammen zu führen. Dabei sorgt ein Versorgungsatlas für die überfällige Transparenz. Die Pflegeberufe wollen wir durch die Einführung einer Pflegekammer aufwerten und zudem Modelle der Gemeindepflege erproben.
2. Bedingt durch den demografischen Wandel besteht bereits heute in ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Stadtteilen teilweise Unterversorgung. Notwendig sind deshalb regional vernetzte Strukturen und der Aufbau von ganzheitlichen Gesundheitszentren in Kooperation mit den Krankenhäusern.
3. Die bestehenden Strukturen im ambulanten Bereich entsprechen nicht mehr den beruflichen Vorstellungen junger Medizinerinnen und Mediziner. Deshalb ist die Förderung von Einzelpraxen zu kurz gedacht. Es müssen vernetzte Strukturen aufgebaut werden und alle Akteure in der gesundheitlichen Versorgung miteinander kooperieren.
4. Die Aufwertung der Hygiene ist aus unserer Sicht sinnvoll. Ein großes Problem bei der Umsetzung wird jedoch sein, dass in der Vergangenheit versäumt wurde, entsprechendes Fachpersonal für Hygiene aus- bzw. weiterzubilden. Hier besteht großer Handlungsbedarf.
5. Die Zweiteilung in Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegeversicherung (PPV) ist ungerecht. Wir wollen – wie auch für die Krankenversicherung – beide Systeme zu einer solidarischen Pflege-Bürgerversicherung zusammenführen. Nur die Pflege-Bürgerversicherung bietet eine solide Basis, um die notwendige Leistungsverbesserung und die steigenden Belastungen durch den demografischen Wandel zu finanzieren.

DIE LINKE

Antworten der Fraktion DIE LINKE im Hessischen Landtag:

FOTO: Fraktion DIE LINKE im Hessischen Landtag



MARJANA SCHOTT,
MdL, Gesundheitspoli-
tische Sprecherin

1. Auf Bundesebene kämpft DIE LINKE für die Bürgerversicherung. Auf Landesebene ist die ambulante und stationäre Versorgung besser zu verzahnen, gemeinnützige bzw. kommunale Versorgungsstrukturen sind zu stärken. Im Krankenhausbereich sind vier Schritte für eine solide Sanierung und die Verbesserung der Versorgung in Angriff zu nehmen: eine ausreichende Investitionsfinanzierung durch das Land, die Erstellung eines Krankenhaus-Versorgungsatlas, eine auskömmliche Finanzierung der Betriebskosten (Bundesangelegenheit) und eine Verminderung der Arbeitsbelastung bei Ärzten (durch weniger Bürokratie) und bei Pflegekräften (Personalmindeststandards). In Gebieten mit gefährdeter ambulanter Versorgung muss die Gründung kommunaler MVZs mit Unterstützung des Landes ermöglicht werden. Schließlich muss die VERHÄLTNIS-Prävention einen höheren Stellenwert erhalten, und zwar ausdrücklich auch im Bereich psychischer Erkrankungen.
2. Ab ca. 2014 sind die Ergebnisse der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zu evaluieren. Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist die entsprechende Ausbildung an den hessischen Universitäten zu stärken: durch gezielte Ansprache und in Verbindung mit geeigneten Anreizen und ggf. einem MentorInnensystem sind mehr StudentInnen zu Praktika und Praktischem Jahr in ländlichen Regionen bzw. in Regionen mit gefährdeter Primärversorgung zu bewegen.
3. Durch Beteiligung der Beschäftigten und der PatientInnen.
4. Bessere Hygiene und Versorgung lässt sich erreichen, in dem das Wohl der Patientinnen und Patienten wieder in den Mittelpunkt gestellt wird, und zwar durch den Dreiklang aus Entkommerzialisierung, auskömmlicher Finanzierung statt Kostensenkungsdruck und mehr (pflegerischem) Personal in Verbindung mit einer angemessenen Ausstattung der Gesundheitsämter. *)
5. Erforderlich ist die Einführung der Solidarischen Bürgerversicherung, die perspektivisch zu einer Pflegevollversicherung weiterzuentwickeln ist. Zudem sind die (alten-)pflegerischen Berufe aufzuwerten.

*) s. auch unter 1

PERSONALIE

Neuer Vorsitzender für ambulante Schiedsgerichte



DR. HARALD KLEIN

Dr. Harald Klein, Präsident des Hessischen Landessozialgerichtes a. D., ist seit Mai 2013 Vorsitzender des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Hessen. Er studierte in Marburg/Lahn Rechtswissenschaften und begann 1980 nach Promotion und Referendarbildung seine Tätigkeit als Richter beim Verwaltungsgericht in Kassel. Nach Tätigkeiten als wiss. Mitarbeiter des Staatsgerichtshofes des Landes Hessen und des Bundesverfassungsgerichts erfolgte 1986 die Ernennung zum Richter am Hess. Verwaltungsgerichtshof, 1992 zum Senatsvorsitzenden und 1998 zum Vizepräsidenten. 2003 wurde er zum Präsidenten des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt berufen. Bis zum 30.11.2012 war er Vorsitzender des 1. Senats mit der Zuständigkeit für Krankenversicherungsrecht. Seit 1.12.2012 befindet sich Dr. Klein im Ruhestand und ist freiberuflich u. a. als Mediator tätig.

PERSONALIE

Neuer Referatsleiter für den ambulanten Bereich



DR. AXEL KORTEVOSS

Seit 1.8.2013 ist Dr. Axel Kortevoß neuer Referatsleiter für die ambulante Versorgung in der vdek-Landesvertretung Hessen. Der gebürtige Westfale studierte an der Universität Bonn Geographie, Städtebau und öffentliches Recht und sammelte schon als Student erste wissenschaftliche Erfahrungen im Gesundheitsbereich.

Nach seinem Diplom in Geographie im Jahr 2000 absolvierte er ein längeres Traineeprogramm bei der AOK Hessen im Bereich Verhandlungsmanagement. Anschließend promovierte er in München und war seit 2007 als Geschäftsführer einer Forschungs- und Beratungsgesellschaft tätig. Hier verantwortete er u. a. Beratungsprojekte für Gesetzliche Krankenversicherungen in den Bereichen der Bedarfsplanung und der Implementierung wettbewerblicher Vergabe- und Vergütungsinstrumente im Gesundheitswesen.

KURZ GEFASST

Gescheiterte Honorarverhandlungen mit der KV Hessen

Am 30.4.2013 erklärte die Kassenärztliche Vereinigung Hessen das Scheitern der Honorarverhandlungen 2013 mit den Verbänden der Krankenkassen. Gleichzeitig kündigte die KV Hessen an, zeitnah das Schiedsamt anzurufen. Am 3.7.2013 hat die KV Hessen nunmehr einen ausführlichen Schiedsamsantrag vorgelegt. Darin fordert sie ohne nachvollziehbare Begründung u. a. einen erheblichen Anstieg der Gesamtvergütung. Die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen werden nun ihre Vorstellungen für einen Vertragsabschluss ggü. dem Schiedsamt darstellen. Vermutlich im Herbst wird die Angelegenheit im Schiedsamt beraten.

Kassenindividuelle Selbsthilfe-Förderung

Über die Fördergemeinschaft der Ersatzkassen in Hessen stellen die Mitglieds-kassen TK, DAK-Gesundheit und HEK im Rahmen der kassenindividuellen Selbsthilfeförderung auch 2013 wieder umfangreiche Fördermittel zur Verfügung. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und -Kontaktstellen in Hessen können hieraus die Förderung von Projekten beantragen, die nicht bereits im Rahmen der sog. kassenübergreifenden Pauschalförderung berücksichtigt wurden. Eine frühzeitige Antragstellung ist erforderlich. Die Antragsformulare stehen unter www.vdek.com/content/vdeksite/LVen/HES/Vertragspartner/Versicherte/Selbsthilfe/Foerderantrag_kassenindividuell_2013.pdf zum Download bereit.

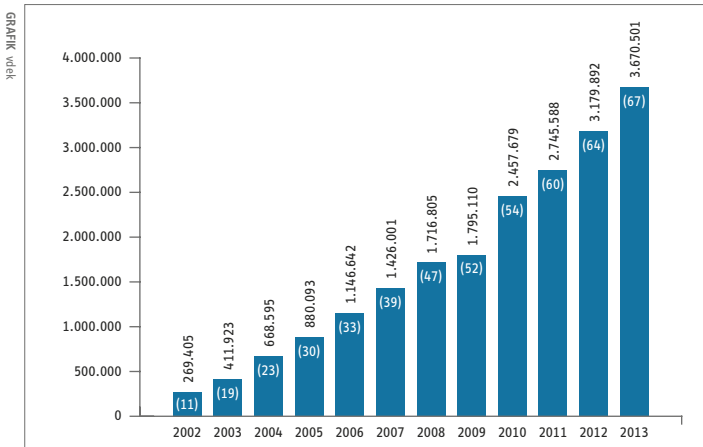
Förderung von Gesundheitsnetzen

Die Hessische Landesregierung hat die Maßnahmen des Hessischen Gesundheitspaktes für die Jahre 2013 und 2014 um die Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen ergänzt. Sechs hessische Regionen, die den Auf- und Ausbau regionaler Gesundheitsnetze initiieren, sollen gefördert werden. Neben hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten können sich mit Unterstützung der zuständigen Gebietskörperschaft auch andere regionale Initiativen, z. B. aus der Gesundheitswirtschaft, sozialen Einrichtungen oder karitativen Organisationen bewerben. Die Förderung soll pro Region durchschnittlich 150.000 Euro für den gesamten Förderzeitraum betragen.

Durch den Auf- und Ausbau von regionalen Gesundheitsnetzen sollen Lösungsansätze in der Region entwickelt, erprobt und umgesetzt werden, mit denen nachhaltige, positive Effekte für die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger erreicht werden sollen.

STERBEBEGLEITUNG

3,67 Millionen Euro für ambulante Hospizdienste



HOSPIZFÖRDERUNG DURCH DIE GKV in Hessen 2002 – 2013 (in Euro, gerundet).
Klammerwerte = Anzahl der geförderten AHDs.

Mit rund 1,68 Millionen Euro unterstützen die Ersatzkassen in Hessen in diesem Jahr die gute Arbeit der ambulanten Hospizdienste (AHD). In diesem Jahr werden alle 67 antragstellenden AHDs in Hessen mit 3,67 Millionen Euro durch die Gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Die Förderung der AHDs durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll eine möglichst flächendeckende ambulante Hospizversorgung sicherstellen und so sterbenden Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende ermöglichen. Die bedarfsgerechte Versorgung in der letzten Lebensphase in ihrem gewohnten Umfeld ist der Wunsch vieler schwerstkranker Menschen. Die ambulanten Hospizdienste unterstützen dies durch das qualifizierte Engagement vieler ehrenamtlich tätiger Menschen. Die persönlichen Bedürfnisse der sterbenden Menschen stehen dabei im Zentrum der Hospizarbeit. Im Jahr 2012 wurden in den geförderten ambulanten Hospizdiensten 2.569 sterbende Menschen von 2.307 ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen betreut.

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 noch 269.405,33 Euro (11 AHDs). Bis zum Jahr 2009 stieg die Fördersumme auf 1.795.109,90 Euro (52 AHDs). Im Jahr 2012 erhielten 64 AHDs 3.179.891,93 Euro; in diesem Jahr unterstützten die GKV in Hessen 67 AHDs mit 3.670.500,53 Euro. Die Fördersumme hat sich 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 15,43% erhöht.

Diese häusliche Sterbegleitung ergänzt die Arbeit von landesweit 15 stationären Hospizen mit Versorgungsvertrag.

KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Finanzierung der Investitionskosten – Neuregelung

Die Krankenkassen fordern seit Jahren, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen. Hessen engagiert sich im Vergleich mehr als andere Länder. Dennoch wird der Finanzierungsanteil der Länder insgesamt betrachtet stetig geringer.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde mit der Kalkulation der sogenannten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) beauftragt. Grundlage ist eine Änderung des § 10 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), die zum 1.1.2009 in das Gesetz aufgenommen wurde. Die IBR sollen künftig den Umfang des Investitionsbedarfs für das einzelne Krankenhaus darstellen und die unterschiedlichen Investitionsbedarfe von Krankenhäusern der Grundversorgung bis zur Universitätsklinik differenziert abbilden. Die Summe an IBR für ein Krankenhaus ergibt sich jeweils aus seinem individuellen Leistungsspektrum.

Bisher förderte das Hessische Sozialministerium (HSM) die Investitionskosten der Krankenhäuser im Rahmen des sogenannten Krankenhaus-Bauprogramms. Dazu mussten die Krankenhäuser ihren Investitionsbedarf anmelden. Ob z. B. die geplante Neubau-Maßnahme durch das Land genehmigt wurde und wann das Krankenhaus die notwendige Förderung erhielt, war unter anderem davon abhängig, dass keine anderen Vorhaben Priorität hatten und noch genügend Fördermittel im Landesetat enthalten waren. Viele Investitionen wurden deshalb nicht, verspätet oder nicht ausreichend finanziert. Dieser Finanzierungsstau führt dazu, dass Krankenhäuser einen Teil der aus der Patientenversorgung erlösten Beiträge quasi zweckentfremdet in bauliche Maßnahmen investieren. Diese Mittel fehlen damit für die Versorgung der Patienten. Dies ist für die Beitragszahler und die Krankenkassen nicht akzeptabel.

Die Hessische Landesregierung hat als eines der ersten Bundesländer einen Gesetzesentwurf vorgelegt, mit dem die Förderung der Investitionskosten ab dem Jahr 2016 neu geregelt werden soll. Der Vorteil dieser Regelung liegt darin, dass jedes Krankenhaus auf Basis der erbrachten Leistungen jährlich einen Betrag erhält, mit dem bauliche Maßnahmen finanziert werden sollen.

Ob dieser Betrag ausreichen wird, ist vom Umfang der entsprechenden Haushaltsposition des Landes abhängig. Wenn diese Investitionen in deutlich höherem Maße aus Steuermitteln bestritten werden, können die Mittel der GKV zielgerichtet für die Versorgung der Patienten eingesetzt werden. Damit die Krankenhäuser ihre Strukturen optimieren und modernisieren können, sind deshalb weitere Investitionen der Länder dringend erforderlich.

IGeL-Monitor und App unterstützen Versicherte

FOTO MDS



Seit Anfang 2012 können sich Versicherte auf der Internetseite www.igel-monitor.de über „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL), die von vielen Ärzten als „Selbstzahlerleistung“ angeboten werden, informieren. Der Versicherte bzw. Patient erhält Informationen über Nutzen und Schaden von „IGeL“-Angeboten. Seit dem Start des Portals vor ca. 18 Monaten haben bereits 1.200.000 Nutzer/innen das Informationsangebot in Anspruch genommen; etwa 3.300 Anfragen wurden von den Nutzern bisher an das Team des IGeL-Monitor beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) gesandt. Damit sich Versicherte und Patienten ggf. bereits während des Arztbesuches über eine angebotene Selbstzahlerleistung informieren können, wurde eine kostenfreie „App“ entwickelt. Diese gibt es für Smartphones und Tablets mit Apple iOS oder Android-Betriebssystem. Eine jüngst veröffentlichte Untersuchung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz hat dem „IGeL-Monitor“ ein hervorragendes Ergebnis attestiert. Hierin wird bestätigt, dass der „IGeL-Monitor“ derzeit das umfassendste und auch hinsichtlich der Bewertungskriterien beste Informationsangebot vorhält und hierbei Art, Nutzen, Schaden und Unsicherheiten verständlich darstellt. Der „IGeL-Monitor“ wurde ferner im Juni 2013 mit dem „dfg-Award“ für hervorragende Leistungen im Gesundheitswesen ausgezeichnet.

Der vdek-Kliniklotse hilft bei der Suche!

Auf der Suche nach einer geeigneten Klinik steht den Verbrauchern seit Anfang 2013 mit dem vdek-Kliniklotsen unter www.vdek-kliniklotse.de eine bundesweite und flächendeckende Suchmaschine für Kliniken zur Verfügung.

Über das neue Portal können Informationen zu den ca. 2.300 Kliniken in Deutschland abgefragt werden. Der vdek-Kliniklotse bietet umfangreiche Suchfunktionen an; außerdem können Kliniken miteinander verglichen werden.

Die Informationen, auf die die Suchmaschine bei ihrer Beratung zurückgreift, stammen aus den eigenen Qualitätsberichten der Kliniken. Für Patienten und Verbraucher bietet der vdek-Kliniklotse eine sehr gute Unterstützung bei der Suche einer geeigneten Klinik. Zusätzlich schafft er Transparenz und Vergleichbarkeit im stationären Bereich.

Bekämpfung von Korruption

Für den Umgang mit korruptem Verhalten von Leistungserbringern, u. a. Ärzten, sollen nach dem Willen des Bundesgesundheitsministers neue, schärfere Regelungen im Sozialgesetzbuch verankert werden. Krankenkassen und Bundesländer fordern jedoch, dass Regelungen zum Umgang mit Korruption im Gesundheitswesen in das Strafgesetzbuch aufgenommen werden, um bei Bedarf direkt strafrechtlich tätig werden zu können. Der Ausgang im laufenden Gesetzgebungsverfahren bleibt weiter offen.

Laufen für einen guten Zweck



Den Startschuss zum J. P. Morgan Corporate Challenge Lauf (JPM) am 12.6.2013 in Frankfurt gab Katarina Witt. Der JPM-Lauf, der auf einer Strecke von 5,6 Kilometern durch Frankfurt führt, findet seit 21 Jahren statt und ist für zehntausende Mitarbeiter/innen aus vielen Unternehmen zu einer festen Größe geworden.

Unter den 68.709 Läufer/innen befanden sich in diesem Jahr erstmals auch zahlreiche Kolleg/innen der vdek-Landesvertretung Hessen.

Mit einem Teil ihres Startgeldes tragen die Teilnehmer/innen des weltweit größten Firmenlaufes dazu bei, Menschen mit Behinderungen zu unterstützen. In diesem Jahr kamen insgesamt rund 250.000 Euro für die Förderung des Behindertensports zusammen. Neben dem sportlichen Erfolg stehen u.a. Teamgeist, Fairness und Gesundheit im Vordergrund.

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
Verantwortlich Claudia Ackermann
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2239