

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE KRANKENHAUSREFORM | INTERVIEW Phyllis C. Borzi, U.S.A. | HESSISCHES KREBSREGISTER
STUDY VISIT einer amerikanischen Delegation | LANDESBASISFALLWERT 2014 | ZENTRALE PRÜFSTELLE PRÄVENTION

HESSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2014

EHRUNG

Silberne Verdienstmedaille des vdek für Herbert Trittel



ÜBERREICHUNG der Verdienstmedaille

Herbert Trittel wurde für seine herausragenden Verdienste für die Ersatzkassengemeinschaft und ihre Versicherten mit der Verdienstmedaille des vdek in Silber ausgezeichnet. Bereits seit 1973 arbeitet Herbert Trittel für die DAK-Gesundheit in Hessen und ist seit 2008 nicht nur der Leiter des Vertragsgebietes Hessen, sondern darüber hinaus Vorsitzender des Landesausschusses Hessen, dem höchsten Beschluss- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen auf Landesebene. Er hat seine Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit für den gemeinsamen Erfolg der Ersatzkassengemeinschaft in zahlreichen Verhandlungen unter Beweis gestellt. Die Medaille wurde ihm am 3.7.2014 von der Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann, parallel zu seiner Verabschiedung in den Ruhestand zum 31.8.2014 im Kreise der Ersatzkassen überreicht.

KRANKENHÄUSER

Qualität in den Mittelpunkt der Reform stellen!

Das große Thema „Krankenhausreform“ schwebt schon seit langer Zeit im gesundheitspolitischen Raum. Krankenhäuser schreiben rote Zahlen, es werden unnötige Operationen durchgeführt und aus Sicht des vdek besonders schwerwiegend: die (Behandlungs-) Qualität steht zu wenig im Fokus.

Noch vor der Sommerpause hat der Hessische Landtag das Hessische Krankenhausgesetz novelliert. Die wohl größte Veränderung: Umstellung der Investitionskostenfinanzierung auf ein pauschales System. Damit sollen ab 2016 die Mittel für Baumaßnahmen und Medizintechnik pauschaliert verteilt werden. Dafür will das Land ab 2016 ca. 250 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stellen. Für 2015 sollen den Kliniken in einem Sonderprogramm 120 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Während der vdek die Umstellung grundsätzlich begrüßt, wird jedoch die geplante Finanzierung durch das Land weiterhin nicht den Investitionsbedarf der Krankenhäuser decken (s. ersatzkasse report. April 2014). Weitere Änderungen im Krankenhausgesetz betreffen u.a. die Schaffung eines „Versorgungsatlas“, der den Krankenhausplan ergänzen soll.

„Quo vadis, Krankenhausversorgung?“

Eine gut besuchte Fachveranstaltung der vdek-Landesvertretung Hessen im Mai 2014

im Haus am Dom in Frankfurt stand ganz im Zeichen dieses zentralen Versorgungsthemas. Unter dem Motto „Quo vadis, Krankenhausversorgung?“ informierten und diskutierten Experten aus dem Gesundheitswesen die Probleme und Herausforderungen in der stationären Versorgung.

Der Staatssekretär im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), Dr. Wolfgang Dippel legte in seinem Grußwort die Pläne des Ministeriums dar. Mit Maßnahmen etwa zur Patientensicherheit und Qualität wolle das HMSI die medizinische Versorgung kontinuierlich verbessern. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausfinanzierung wolle sich das HMSI für eine Verbesserung der Investitionsfinanzierung einsetzen.

Mehrere Experten gaben mit ihren Fachvorträgen den Input für die erforderlichen Reformen in der Krankenhausversorgung. Dr. Karsten Neumann, Geschäftsführer des IGES-Instituts, stellte die vom vdek in Auftrag gegebene Studie „Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus“ vor und betonte, dass Qualität derzeit



Gute Krankenhausversorgung ist planbar!

FOTO vdek



von
CLAUDIA ACKERMANN
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hessen

An der Weiterentwicklung des Krankenhauswesens wird allenthalben mit Hochdruck gearbeitet – gut so! Die alte Planung von Bettenkapazitäten hat ausgedient, aber die bisher vorliegenden Vorschläge scheinen noch nicht ausgereift.

Die zukünftige Krankenhausplanung sollte nach bundeseinheitlichen Kriterien gesteuert werden, wobei die Qualität der Versorgung wesentlicher Bestandteil sein muss. Auch die Bildung von Zentren und Schwerpunktbereichen an Krankenhäusern sollte in allen Ländern auf Basis bundesweit definierter Kriterien erfolgen. Die örtlichen Vertragspartner müssen ein Mitspracherecht bei einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Leistungsplanung der Krankenhäuser erhalten. Nur so können auch die Krankenkassen die patientengerechte Versorgung vor Ort stärker mitgestalten.

Und da ist noch die Frage der Finanzierung der Investitionskosten. Da der Bund durch die Einführung bundesweiter Planungskriterien größere Mitgestaltungsmöglichkeiten erhalten würde, sollte er sich zukünftig neben den Ländern an den Investitionskosten beteiligen.

Die genannten Vorschläge (weitere siehe „Positionierung der Ersatzkassen“ www.vdek.com/politik/positionen.html) zeigen, wie eine gute Krankenhausplanung möglich ist.



in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern gut gemessen werde, aber keine Konsequenzen daraus gezogen würden. Die Vorstandsvorsitzende des vdek, Ulrike Elsner, forderte eine echte Strukturreform in der Krankenhausversorgung. Dabei müsse die Qualitätsorientierung ins Zentrum gestellt werden. Für die hessischen Krankenhäuser bezog der Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Dieter Bartsch, Position. Die Behandlungsqualität und Patientensicherheit habe in den hessischen Krankenhäusern innerhalb der letzten zehn Jahre einen enormen Sprung gemacht.

In der anschließenden Podiumsdiskussion tauschten sich die Referenten, ergänzt durch Jörg Gruno, Referent Krankenhausversorgung, Gesundheits- und Krankenpflege im HMSI, Dr. Björn Misselwitz, Leiter der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen und Dr. Jörg van Essen, Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen, über die teils unterschiedlichen Vorstellungen aus. Hierbei stand besonders die Frage der Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Mittelpunkt.

Krankenhausreform auf Bundesebene/ Positionen der Ersatzkassen

Die Bundesregierung will ebenfalls eine Reform des Krankenhausbereichs

erarbeiten. Ende Mai hat die diesbezügliche Bund-Länder-AG das erste Mal getagt. Ihre Aufgabe ist es, bis zum Ende des Jahres Eckpunkte im Sinne des Koalitionsvertrags zu erarbeiten. In der Bund-Länder-AG koordiniert der hessische Sozialminister Stefan Grüttner die Aktivitäten der vier CDU-geführten Bundesländer. Dabei steht die Verbesserung der Versorgungsqualität im Zentrum der Debatte.

»Wir brauchen echte Strukturreformen in der Krankenhausversorgung.«

Der vdek hatte sich bereits mit dem o.g. IGES-Gutachten zu Wort gemeldet. Ferner wurde ein Positionspapier mit zehn Forderungen zur Reform entwickelt, die zu einer besseren Versorgung der Versicherten und einem wirtschaftlichen Umgang mit den Beitragseinnahmen führen sollen (siehe Kommentar). Dabei ist die Anpassung der Krankenhausplanung aus Sicht des vdek eine maßgebliche Schlüsselgröße des Reformprozesses.

Die Zukunft der Krankenhausversorgung wird aktuell ausgehandelt. Es bleibt spannend, ob die richtigen Weichen für die Zukunft gestellt werden. ■



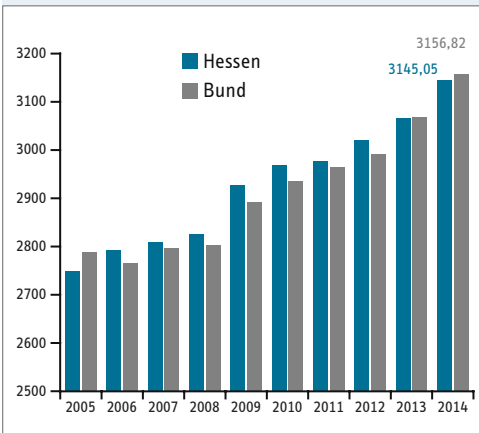
FOTO www.hessland.de

PODIUMSDISKUSSION V.L.N.R.: Jörg Gruno, Dr. Karsten Neumann, Ulrike Elsner, Moderator Philipp Engel, Dieter Bartsch, Dr. Jörg van Essen, Dr. Björn Misselwitz

KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Landesbasisfallwert 2014

FOTO vdek



ENTWICKLUNG DER LANDESBASISFALLWERTE in Hessen vs. Bundesdurchschnitt 2005 - 2014 in Euro

zuletzt keine Einigung erzielt werden. Daher wurde die Schiedsstelle angerufen. Am Rande des Schiedsverfahrens konnte am 8. April 2014 doch noch eine Einigung zum LBFW 2014 erreicht werden. Seit dem 1. Mai 2014 kommt ein unterjähriger LBFW in Höhe von 3.181,46 Euro zur Abrechnung. Der LBFW 2014 beträgt im Jahresdurchschnitt 3.145,05 Euro. Aus diesem LBFW ergibt sich für die hessischen Krankenhäuser das Jahresbudget für stationäre Leistungen in Höhe von insgesamt ca. 4,5 Milliarden Euro im Jahr 2014.

Im Vergleich zum Vorjahr erhöhen sich damit die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen für die stationäre Versorgung der Versicherten in Hessen um ca. 150 Millionen Euro (Entwicklung des LBFW seit Einführung 2005 siehe obenstehende Grafik). Mit diesem erhöhten Budget muss aus Sicht des vdek auch die Weiterentwicklung der Qualität und von Qualitätsindikatoren für die Patientenversorgung in den hessischen Krankenhäusern weiter vorangebracht werden.

Jedes Jahr vereinbaren die Krankenkassen und deren Verbände in Hessen mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) den Landesbasisfallwert (LBFW). Dieser entspricht dem Betrag, den die Krankenhäuser für einen durchschnittlichen Leistungsfall erhalten, und bildet damit die Berechnungsgrundlage für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen in Hessen.

In den Verhandlungen konnte zwischen November 2013 und Mitte Januar 2014 in zentralen Positionen

SERIE: KREBSERKRANKUNGEN

Teil 2: Krebsregister in Hessen



FOTO fotofix - Fotolia.com

Klinische Krebsregister (KKR) helfen, die Qualität der onkologischen Versorgung zu verbessern. Mit einem bundesweit einheitlichen Datensatz sollen Behandlungsdaten zum Zeitpunkt der Erstdiagnose, Behandlung und Verlauf von bösartigen Neubildungen und gutartigen Tumoren flächendeckend erfasst werden. In einem zweiten Schritt werden die gesammelten Daten ausgewertet und den einzelnen Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Die einrichtungs- und sektorenübergreifende Ausrichtung der KKR soll für die Dokumentation des gesamten Krankheitsverlaufes sorgen und so die Behandlung von Krebspatienten insgesamt verbessern.

Derzeit wird mit dem neuen Hessischen Krebsregistergesetz (HKRG) die landesgesetzliche Grundlage für den Aufbau und Betrieb von klinischen Krebsregistern geschaffen. Dieses wird frühestens im Dezember 2014 in Kraft treten. Danach werden die Krankenkassen den Aufbau des KKR für eine Übergangsphase mit festgelegten Pauschalen finanzieren. Anschließend soll die Abrechnung über einen fallbezogenen Datenträgeraustausch erfolgen.

Der ersatzkasse report. Hessen berichtet über das Thema Krebserkrankungen 2014 aus verschiedenen Blickwinkeln. In der nächsten Ausgabe: Hessisches Onkologiekonzept

SEKTORENÜBERGREIFEND

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Durch die Novellierung des § 116b SGB V wurde mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ein neuer, sektorenübergreifender Leistungsbereich geschaffen. Demnach können interdisziplinäre Teams aus Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten Patienten mit seltenen Krankheiten zu gleichen Bedingungen behandeln. Im März 2014 wurde als erste Indikation die Tuberkulose vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassen und die notwendigen Anzeigeformalitäten publiziert. Im Juli 2014 wurde die Versorgung von gastro-intestinalen Tumoren der Bauchhöhle für die ASV geöffnet, weitere Indikationen werden folgen. In Hessen obliegt dem Arbeitsausschuss des erweiterten Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Aufgabe, die von den interdisziplinären Teams eingereichten Anträge zur Teilnahme an der ASV zu prüfen und so eine sektorenübergreifende Versorgung der betroffenen Patienten zu ermöglichen.

vdek-Landesvertretung organisierte „study visit“

Anlässlich des Besuchs einer US-Delegation informierte die vdek-Landesvertretung über das deutsche Gesundheitssystem. Dank einer Kooperation mit dem Universitätsklinikum Frankfurt konnte das System hautnah erlebt werden.



DIE US-AMERIKANISCHE DELEGATION zu Besuch in der vdek-Landesvertretung Hessen

Der Austausch mit den amerikanischen Gesundheitsfachleuten rund um Phyllis C. Borzi, Assistant Secretary of Labor of the Employee Benefits Security Administration (politisch gewählte Staatssekretärin), kam durch eine Anfrage der AEIP – The European Association of Paritarian Institutions zustande, einer Partnerorganisation der Association Internationale de la Mutualité (AIM), dem Dachverband der Krankenversicherungsvereine in Europa und der Welt. Der Verbandsvorsitzende des vdek, Christian Zahn, ist seit Juni 2014 Präsident der AIM.

Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann, und der Referatsleiter Selbstverwaltung und Internationales des vdek, Malte Enderlein, vermittelten der Delegation nicht nur grundlegende Informationen über das deutsche Gesundheitssystem, z. B. dessen historische Entwicklung und Funktionsweise, sondern ebenso über die Aufgaben und Struktur des vdek. Vor allem die

sektorenübergreifende Versorgung und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen wurden neben Fragen rund um Finanzierung, steigende Ausgaben und eHealth-Anwendungen als zentrale Themen mit der Delegation diskutiert.

Im zweiten Teil des Besuchs und nach der Begrüßung durch den stellvertretenden ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums, stellte der Geschäftsführende Direktor des Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT), PD Dr. Christian Brandts, das UCT vor. Zum Abschluss des „study visits“ hatte die Universitätsklinik den Besuch ihrer „Zentralen Notaufnahme“ organisiert.

Der Austausch mit Protagonisten aus anderen Gesundheitssystemen kann für alle Beteiligten wertvolle Informationen und Erfahrungen zur Weiterentwicklung des eigenen Systems vermitteln.

Einen ausführlicheren Bericht mit weiteren Fotos finden Sie unter: www.vdek.com/LVen/HES

Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung



PODIUMSDISKUSSION bei der „6th Transatlantic conference“ in Frankfurt

Wie können Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung weltweit reduziert werden? Diese Frage stand im Zentrum der von Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, geleiteten internationalen Podiumsdiskussion auf der „6th Transatlantic conference“ von AEIP, NCCMP und MEBCO am 11. Juni 2014 in Frankfurt.

Gaëtan Lafortune, OECD, Kanada, präsentierte zu Beginn der Runde einen Überblick über verschiedene Zugänge und Modelle der Gesundheitsversorgung und damit auch der Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Im Anschluss informierte Chris Brockmeyer, The Broadway League, U.S.A., über die konkreten Auswirkungen von „Obamacare“. Magali Sierra, CTIP, Frankreich, berichtete ferner von den Reformen des französischen Gesundheitssystems. Zum Abschluss referierte Hans Dubois, Eurofound, Niederlande, über die Ergebnisse der Studie zum Einfluss der Wirtschaftskrise auf Leistungen und Zugang zum Gesundheitssystem. Auf die abschließende Frage der Moderatorin nach dem Land, in dem die Teilnehmer bei Pflegebedürftigkeit im Alter wohnen wollen, gab es kein einstimmiges Meinungsbild – Deutschland und Frankreich lagen jedoch vorne.

INTERVIEW

Voneinander lernen

Im Rahmen des "study visits" der amerikanischen Delegation gab es die Möglichkeit mit Assistant Secretary for the Employee Benefits Security Administration at the U.S. Department of Labor, Phyllis C. Borzi, ein ausführliches Interview zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden des deutschen und amerikanischen Gesundheitssystems zu führen.

Übersetzung aus dem Amerikanischen: Axel Walter

vdek Welchen Eindruck haben Sie in den letzten Tagen vom deutschen Gesundheitswesen bekommen? Gab es irgendwelche neuen und für Sie unerwarteten Aspekte?

Phyllis C. Borzi Das im späten 19. Jahrhundert begründete deutsche Gesundheitswesen ist das historisch erste umfassende Gesundheitssystem auf der Welt. Nach dem Zweiten Weltkrieg sind in Einklang mit der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ von 1948 überall in Europa umfassende Gesundheitssysteme entstanden: einige nach dem deutschen Beispiel; manche entwickelten neue Möglichkeiten zur Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung für ihre Bürger. Von Deutschland heißt es oft, es sei eines der Länder in

»Dass dieses systematische Verhandeln mit den Pharmaunternehmen die Preise niedrig hält, war eine interessante Neuigkeit für uns.«

der EU, die über eine ausgezeichnete Gesundheitsfürsorge verfügen. Ein breites Spektrum an Kliniken, medizinischen Verfahren und Einrichtungen stellt sicher, dass jeder Zugang zu medizinischer Versorgung hat. Mit über vier Millionen Arbeitsplätzen ist die Gesundheitsversorgung der größte Beschäftigungssektor in Deutschland.

Ich wusste bereits das eine oder andere über die Geschichte des deutschen Systems, aber ich war doch überrascht zu erfahren, dass es sich bei ihm um kein öffentliches, vom Staat unterhaltenes System

handelt wie etwa in Frankreich und Großbritannien oder vielen der anderen Staaten in der Europäischen Union. Es wird vielmehr von seinen Nutzern und den deutschen Arbeitgebern finanziert. Mir war auch bekannt, dass das „quasi-staatliche“ Gesundheitssystem fixe Vergütungssätze für Krankenhäuser festsetzt und den Arzneimittelherstellern Zugeständnisse bei den Preisen abringt. Dass dieses systematische Verhandeln mit den Pharmaunternehmen die Preise niedrig hält, war eine interessante Neuigkeit für uns, weil es in den Vereinigten Staaten starken Widerstand dagegen gab, über die Medikamentenpreise zu verhandeln.

Wie die USA verfügt auch Deutschland über eine Mischung aus privater und quasi-staatlicher Versicherung, mithin über zwei Systeme, die im Grunde unabhängig voneinander sind und nebeneinander bestehen, wobei es so ist, dass die Privatversicherung indirekt von der Kostenkontrolle des öffentlichen Sektors profitiert. Ich war überrascht zu erfahren, dass jemand, der sich einmal aus dem öffentlichen System abgemeldet und sich freiwillig versichert hat (ein Gutverdiener, ein Freiberufler), nicht mehr in den Genuss der Leistungen des öffentlichen Systems kommen kann, und nur in den seltensten Fällen führt für die betreffenden Personen ein Weg dorthin zurück. In den Vereinigten Staaten bewegen sich die Leute zwischen den beiden Systemen hin und her. In beiden Ländern können sich Gutverdiener und Menschen, die auf einer über dem Standard liegenden Gesundheitsversorgung bestehen, für teurere private Krankenkassen entscheiden. Wie ich verstanden habe, herrscht in Deutschland die

ZUR PERSON

Phyllis C. Borzi ist Assistant Secretary for the Employee Benefits Security Administration at the U.S. Department of Labor und damit politisch gewählte Staatssekretärin. Frau Borzi selbst war und ist ganz maßgeblich für die Reformen in den USA rund um den „Patient Protection and Affordable Care Act“, besser bekannt als „Obamacare“, verantwortlich. Im Juni besuchte sie die vdek-Landesvertretung Hessen und erhielt einen tieferen Einblick in das deutsche Gesundheitssystem.

Meinung vor, dass diese profitorientierten Privatversicherer einen besseren, umfassenderen Versicherungsschutz bieten als die reglementierten, nichtkommerziellen Unternehmen.

Ein bisschen überrascht war ich auch darüber, dass die gesetzliche Krankenversicherung von rund 160 Krankenkassen betrieben wird. Einige dieser Krankenkassen sind regional verankert (z. B. lokale Krankenversicherungen) oder sie operieren landesweit. Diese Krankenkassen nehmen jeden auf, auch Arbeitslose.

Jeder Bundesbürger muss bei einer Krankenkasse versichert sein, und alle Krankenkassen müssen jedem Einzelnen eine vergleichbare Standardversorgung anbieten. Meinem Verständnis nach ist dieser Standard ziemlich umfassend und deckt die meisten Behandlungen und Eingriffe ab. Dies entspricht einem der Hauptziele des ACA (Affordable Care Act





FOTO www.bestechunde.de

IM GESPRÄCH Claudia Ackermann und Phyllis C. Borzi

– „Obamacare“) – den Amerikanern umfassenden Zugang zur Gesundheitsfürsorge zu gewähren. Der so genannte „Einzelauftrag“ soll den allgemeinen gesundheitlichen Versicherungsschutz gewährleisten und die Kosten der damit verbundenen Versorgung zugleich im Rahmen des Bezahlbaren halten. Dieser Auftrag ist auch eine der umstrittensten Forderungen des ACA. Gemäß ACA muss jeder eine Krankenversicherung haben, die ein umfassendes Pa-

»Genau darum geht es beim ACA – dafür zu sorgen, dass sich jeder Amerikaner im Krankheitsfall darauf verlassen kann, geschützt zu sein und versorgt zu werden.«

ket an grundlegenden Versorgungsleistungen beinhaltet. Es steht dabei jedem frei, sich über den Arbeitgeber, ein Regierungsprogramm, den Wechsel der Krankenkasse oder durch jedes andere Versicherungsprogramm zu versichern. Jemand, der über keinen Versicherungsschutz verfügt, muss eine Strafsteuer entrichten.

Der ACA ist weithin anerkannt als bedeutendste gesetzgeberische Maßnahme im Gesundheitswesen seit der Einführung von Medicare und Medicaid vor fast einem halben Jahrhundert. Genau darum geht es beim ACA – dafür zu sorgen, dass sich jeder Amerikaner im Krankheitsfall darauf verlassen kann, geschützt zu sein und versorgt zu werden; dass die Arbeit und Würde von jedermann Anerkennung und Bestätigung finden und dass keine Familie zahlungsunfähig werden muss, weil jemand erkrankt ist. Es ist auch richtig, dass Millionen von Amerikanern trotz dieses Gesetzes weiterhin unversichert bleiben. Dies liegt mit daran, dass die von der US-Regierung nach dem ACA geforderte und bezuschusste Ausweitung des staatlichen Medicaid-Versicherungsschutzes vor dem Obersten Bundesgericht erfolgreich angefochten wurde und das Gericht den Bundesstaaten die Entscheidung überließ, ob sie dieses wichtige öffentliche Programm ausweiten oder nicht. Bedauerlicherweise haben sich einige Staaten aus politischen Gründen dagegen entschlossen, die Medicaid-Absicherung nach diesem Gesetz auszuweiten. Es gibt noch viel zu tun, und wir

werden hoffentlich in der Lage sein, mit jedem Jahr mehr Amerikaner versichern zu können.

Einer der Punkte, die mich am deutschen Gesundheitswesen am meisten beeindruckt, ist, dass der Langzeitpflege entscheidende Bedeutung beigemessen wird. Für mich war es sehr interessant, mehr über die Geschichte und die Umsetzung dieses neueren Fokus zu erfahren. Mit Inkrafttreten begründete der Affordable Care Act ein neues Programm zur Bereitstellung von Versorgungsleistungen der Langzeitpflege. Dies war einer der strittigsten Punkte des Gesetzes in den Kongressdebatten, denn die Privatversicherer standen einer Regierungsbeteiligung an dem Programm äußerst ablehnend gegenüber. Zu guter Letzt aber verabschiedete der Kongress ein Programm, das leider nicht zur Umsetzung gelangte. Nachdem die Versicherungsstatistiker über ein Jahr versucht hatten, auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben ein praktikables Geschäftsmodell zu entwickeln, kapitulierten sie, und schließlich hob der Kongress das Programm auf. Das ist jedoch fraglos eine ganz wichtige Thematik, mit der man sich in den USA bald wird befassen müssen. Ich werde mit großem Interesse verfolgen, wie sich Ihr Programm weiterentwickelt, und ich hoffe, dass wir ein paar wichtige Lehren aus Ihren Erfahrungen ziehen können.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

vdK: Welche spezifischen Unterschiede zum US-Gesundheitssystem haben Sie feststellen können, etwa im Hinblick auf die Notaufnahme, die Sie im Universitätsklinikum besucht haben?

P.B.: Die meisten Notdienstzentren auf der Welt unterscheiden sich in Umfang und Leistungsfähigkeit. Dies ist auf die rasante Entwicklung der Medizintechnik und die enormen wirtschaftlichen Mittel zurückzuführen, die es braucht, um mit dieser technologischen Entwicklung Schritt zu halten.

INTERVIEW

Und doch sind sie überall die erste Anlaufstelle für Menschen, die aufgrund außergewöhnlicher Ereignisse medizinisch versorgt werden müssen. Das deutsche und das US-amerikanische System haben dasselbe Ziel, denselben Auftrag, und der besteht in der Notfallversorgung von lebensbedrohlich erkrankten oder Notfallpatienten.

In diesem Zusammenhang haben mich die Ruhe und Ordnung und der gleichmäßige Ablauf in der Notaufnahme des Klinikums der Frankfurter Goethe-Universität außerordentlich beeindruckt. Besonders augenfällig war der geordnete und ruhige Ablauf in den Bereichen der Akutversorgung mit ihren intensivmedizinischen Möglichkeiten und in den verschiedenen Arealen für die „Intermediate Care“ (Bindeglied zwischen Intensivstation und Normalstation) und die Patientenüberwachung. Meinem Eindruck nach verlief der ständige Wechsel zwischen den Patienten, die versorgt wurden, gleichmäßig und reibungslos. Das habe ich auf manchen Notfallstationen in den Vereinigten Staaten nicht unbedingt so erlebt.

Ich selbst habe mit mehreren Notfallaufnahmen Bekanntschaft gemacht, nicht nur als Patient, sondern auch in Begleitung

von Familienangehörigen und Freunden. Je nach Zeitpunkt und der Zahl der Wartenden konnte man die Situation in manchen Fällen als chaotisch beschreiben, mit langen Wartezeiten und Patienten, die auf Transportliegen mitunter stundenlang auf den Gängen ausharren mussten, bis sie aufgenommen werden konnten. Zum Teil lässt sich die Überlastung einzelner Notfallambulanzen in den Vereinigten Staaten damit erklären, dass wir in unserem Gesundheitssystem nicht dafür gesorgt haben, dass alle Menschen rechtzeitig einen allgemeinen oder praktischen Arzt aufsuchen können. Und so kommt es eben zu den enormen Belastungen für die Notfallstationen und dem riesigen Andrang von Menschen ohne Krankenversicherung, die oftmals gezwungen sind, sich an die Notaufnahme zu wenden, weil das der einzige Ort ist, an dem sie eine medizinische Behandlung erhalten. Eines der Hauptziele des ACA ist es, jedem eine gute ärztliche Grundversorgung und Zugang zu Präventionsleistungen zu ermöglichen und auf diese Weise zur Entlastung der Notaufnahmen beizutragen.

Selbstverständlich habe ich in den Vereinigten Staaten auch Notfallstationen gesehen, die hohen Ansprüchen genügen, und

das vor allen Dingen in einigen der größten und am stärksten ausgelasteten öffentlichen Krankenhäusern unseres Landes.

Hier in Deutschland, wo nahezu alle Menschen krankenversichert sind, fiel mir zudem auf, dass die Patienten in den Notaufnahmen die notwendige medizinische Versorgung erhielten, ohne dass

»Das deutsche und das US-amerikanische System haben dasselbe Ziel, denselben Auftrag, und der besteht in der Notfallversorgung von lebensbedrohlich erkrankten oder Notfallpatienten.«

sie gefragt wurden, wie es mit ihrer Zahlungsfähigkeit bestellt sei. In den USA war das nicht immer der Fall.

Im Jahr 1986 verabschiedete der Kongress den „Emergency Medical Treatment and Labor Act“ (EMTALA), der eine Praxis untersagt, die allgemein als „Patientendumping“ bekannt ist. Das Gesetz gibt dem Einzelnen das Recht auf Notfallversorgung ungeachtet seiner Zahlungsfähigkeit. Im Kern berechtigt das Bundesgesetz die betreffenden Personen zu dreierlei: dass sie untersucht, notfallversorgt und angemessen überführt werden. Ein Krankenhaus muss bei einem Notfallpatienten die erforderlichen stabilisierenden Maßnahmen ergreifen. Es muss die Person auf dringliche Erkrankungen/Verletzungen untersuchen und sie ohne Rücksicht auf ihre finanzielle Situation medizinisch versorgen.

Einige Versicherungsunternehmen haben sich geweigert, die Kosten für die Versorgung in der Notfallambulanz zu übernehmen, wenn das medizinische Personal zur Auffassung gelangte, dass kein wirklicher Notfall vorlag und der Patient eine Krankheit oder Verletzung behandeln lassen wollte, mit der er zu einem für die



BESUCH in der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums Frankfurt





STUDY VISIT: Einblick in den Arbeitsablauf der Zentralen Notaufnahme

medizinische Grundversorgung zuständigen Arzt hätte gehen sollen. Erfreulicherweise sind Versicherungsunternehmen dank ACA nunmehr in der Pflicht, die in den Notaufnahmen durchgeführten Versorgungsmaßnahmen zu bezahlen, wenn ein „vernünftig und nachvollziehbar handelnder Laie“ die Lage als medizinischen Notfall hätte einschätzen können.

Deutschland und die USA sehen sich beide vor ähnliche demografische Herausforderungen gestellt, die aus einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft herrühren. Weil unsere Bevölkerung immer älter wird, wird der Bedarf an medizinischer Notfallversorgung steigen. In diesem Zusammenhang müssen prästationäre Maßnahmen und das Vorgehen im Krankenhaus in der Zukunft besser aufeinander abgestimmt und effizienter gestaltet werden. Soweit ich es verstanden habe, scheint Deutschland und zumal Hessen in puncto Notfallversorgung richtungsweisend. Unsere beiden Länder können noch viel voneinander lernen, da wir uns jeweils auf einen wachsenden Bedarf an leistungsfähigerer und wirksamerer Notfallversorgung einstellen müssen.

Voneinander lernen und die Systeme weiterentwickeln

vdK Was können die beiden Länder mit Blick auf das Gesundheitswesen voneinander lernen? Ist Ihnen etwas aufgefallen,

was dem ACA zugutekommen könnte, womit er sich weiterentwickeln ließe?

P.B. Die Suche nach Lösungen ist mittlerweile eine weltweite, und so sehen sich auch die USA jenseits ihrer Grenzen um und interessieren sich dafür, wie andere Industrienationen ihre Gesundheitsversorgung organisieren und finanzieren. Die Herausforderungen, vor denen das amerikanische Gesundheitssystem gegenwärtig steht, sind sicher nicht einzigartig; die Gesundheitssysteme ähneln weltweit unter dem Druck alternder Bevölkerungen, exorbitant steigender Kosten und der Abhängigkeit von teuren hochtechnologisierten Lösungen und Verfahren. Die Industrienationen kämpfen unisono, um die drei gemeinsamen Anliegen im modernen Gesundheitswesen, nämlich Kosten, Zugang und Qualität, im Gleichgewicht zu halten. Ich denke, dass wir eine Menge voneinander lernen können, vor allem, da sich die Vereinigten Staaten einem System der Krankenversicherung verschrieben haben, das dem Deutschlands recht ähnlich ist, in dem nahezu alle Menschen Versicherungsschutz haben und der nicht vollständig von der öffentlichen Hand bestritten wird.

Zwei Hauptziele des ACA sind die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes auf immer mehr Menschen und die Erhöhung des Verbraucherschutzes durch Marktreformen. Wegen des ACA sind alle Amerikaner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen oder eine Strafe zu zahlen, und alle Versicherer müssen die medizinische Versorgung ungeachtet von Vorerkrankungen oder Vorschädigungen sicherstellen. Die Employee Benefits Security Administration (Verwaltungsbehörde für die Sicherung der Sozialleistungen von Arbeitnehmern), die ich leite, hat zusammen mit dem Weißen Haus und anderen Bundesbehörden hart dafür gearbeitet, dass der ACA stufenweise umgesetzt wird. Bisher sind mehr als zwanzig allgemeine Richtlinien und noch einmal mehr als

dreißig Ausführungsbestimmungen erlassen worden, die all denen, die es betrifft, ihre nach dem neuen Gesetz vorhandenen Rechte und Pflichten erklären sollen. Bei den bislang in Kraft getretenen Bestimmungen lag der Schwerpunkt darauf, den Zugang zu Krankenversicherungsschutz und dessen Qualität zu verbessern, den Teilnehmerschutz zu stärken (diese Bestimmungen werden auch als Marktreformbestimmungen bezeichnet), die Auskunftspflicht der Versicherer zu intensivieren sowie Missbrauch und Betrug zu verhindern.

Ich bin sehr daran interessiert, Näheres über die Struktur der deutschen Krankenkassen zu erfahren und darüber, wie das öffentliche System die Mehrheit der Bürger versichert. Der ACA bietet die Möglichkeit, durch die Ausweitung der Teilnahmeberechtigung an Medicaid und die Einführung von Health Insurance

»Ich denke, dass wir eine Menge voneinander lernen können.«

Marketplaces (Organisationen zur Vermittlung einer Krankenversicherung) Millionen von derzeit noch unversicherten Menschen gesundheitlich abzusichern, auch wenn das leider nicht für alle gelingen wird. Die Zahl der Nichtversicherten zu verringern ist ein Hauptziel des ACA, und meine Behörde steht in der Pflicht, weiter auf dieses Ziel hinzuarbeiten.

In Deutschland haben sich die nicht gesetzlich Versicherten dafür entschieden, nicht an diesem System teilzuhaben und sich über den Markt der Privatanbieter krankenzuversichern, ähnlich vielleicht wie im amerikanischen Gesundheitssystem vor der Verabschiedung des ACA. Ich freue mich sagen zu können, dass die Vereinigten Staaten die richtige Richtung eingeschlagen haben und sich

INTERVIEW

auf vieles zubewegen, was es in Deutschland schon lange gibt: ein Krankenversicherungssystem, welches verpflichtend und weder rein öffentlich noch rein privat ist mit geregelter Koexistenz von gesetzlicher Krankenversicherung und Unternehmen der Privatwirtschaft sowie insgesamt stärkerer Regulierung.

Voneinander lernen können die beiden Länder auch in dem Bereich, in dem es unter dem Druck steigender Kosten immer dringlicher wird, Mittel und Wege zu finden, diese Kosten nachhaltiger einzudämmen und zu senken. Steigende medizinische Versorgungskosten sind eines der am meisten kontrovers diskutierten Themen und geben den politischen Entscheidungsträgern weltweit Anlass zu großer Besorgnis. Wie es aussieht, hat kein Land ein Konzept, wie man diesem Problem auf lange Sicht am besten begegnen könnte. Auf den Anstieg der Kosten für die Gesundheitsversorgung wurde mit Kostensenkungsmaßnahmen reagiert, und das führte dazu, dass bestimmte Fachgebiete des medizinischen Versorgungssystems für Ärzte finanziell gesehen an Attraktivität verloren. Dies führt

»Steigende medizinische Versorgungskosten sind eines der am meisten kontrovers diskutierten Themen und geben den politischen Entscheidungsträgern weltweit Anlass zu großer Besorgnis.«

te zu einem Trend, nach dem sich Ärzte und Krankenschwestern in der Folge zunehmend für besser bezahlte Fachbereiche entschieden und es schließlich zu einem Engpass bei den Primärärzten kam.

Voneinander lernen können beide Länder auch in Bezug auf das Problem des Mangels an medizinischem Personal angeht, in erster Linie an Ärzten und



FOTO: www.besprechende.de

ENGAGIERT Phyllis C. Borzi ist maßgeblich an den Reformen des amerikanischen Gesundheitssystems beteiligt

Schwestern der Primärversorgung. Dies betrifft vor allem den ländlichen und weniger bevölkerten Raum. Wie ich aus den Präsentationen und den Darlegungen beim Klinikbesuch erfahren habe, verhandeln hierzulande Ärztevertreter und Krankenkassen miteinander, um Vergütungsvereinbarungen zu erzielen; durch die daraus resultierende Vergütungsstruktur ist jeder über die Kosten der Behandlung bei einem konkreten Verfahren im Bilde. Im Unterschied dazu gibt es in den USA nach wie vor eine Grauzone von gedeckten/ungedeckten Ausgaben. D. h., in durchaus relevanten Fällen müssen Patienten Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen, die von ihren Versicherungen einfach nicht abgedeckt werden. Auf regionaler Ebene sind jedoch verschiedene Versuche unternommen worden, um ein tragfähiges Niveau für die Gesundheitsausgaben zu finden. So wird etwa in meinem Heimatstaat Maryland seit 1977 eine Strategie nach deutscher Art verfolgt, bei der die Kostenkontrolle durch Regulierung der Vergütungen erfolgt, die die staatlichen Krankenhäuser in Rechnung stellen können. Beim ACA hingegen wurde der Versuch unternommen, die Kosten

für die medizinische Versorgung durch allgemeine Umstellung auf evidenzbasierte Medizin zu senken. Hierzu gehört auch die Einrichtung von sogenannten „Accountable Care Organisations“ (freiwilligen Zusammenschlüssen von Ärzten, Kliniken und anderen Erbringern von Gesundheitsleistungen) gehört, die auf die Senkung der Zahl unnötiger Eingriffe, von Wiedereinweisungsraten und unnötiger Notfallversorgungen hinarbeiten. Wie jedes großes Gesetzesvorhaben – von Social Security bis Medicare – ist auch dieses Gesetz nicht perfekt, und es bleibt noch viel zu tun. Ich glaube aber, dass wir auf dem richtigen Weg sind und unsere Ziele erreichen werden.

vdek Sehr geehrte Frau Borzi, wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg bei der Umsetzung des ACA und bedanken uns sehr herzlich für dieses Interview.

P.B. Ich danke Ihnen nochmals, dass ich Gelegenheit hatte, mit Ihnen über das US-Gesundheitssystem zu sprechen und einiges über das deutsche System zu erfahren. Ich bin mir sicher, dass wir in der Zukunft noch viel voneinander lernen können. ■

LANDESPOLITIK

Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel



STAATSEKRETÄR
DR. WOLFGANG
DIPPEL, CDU

Dr. Wolfgang Dippel, CDU, wurde am 18.1.2014 zum Staatssekretär im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ernannt. Er folgt Petra Müller-Klepper nach, die seit der Landtagswahl im September 2013 Abgeordnete im Hessischen Landtag ist.

Nach dem Abschluss zum Industriekaufmann schloss Dr. Dippel ein Studium des Sozialwesens, der politischen Wissenschaften und Erziehungswissenschaften an der Gesamthochschule Kassel ab. Während der Berufstätigkeit in der Erwachsenenbildung am Institut für berufliche und politische Bildung e. V. und als Geschäftsführer des CDU-Bezirksverbandes Kurhessen-Waldeck promovierte er im

Bereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften zum Dr. rer. pol. an der Universität Kassel. Ab 1998 arbeitete Staatssekretär Dr. Dippel als Referent beim Landeswohlfahrtsverband in Kassel, bis er von 2004 bis zu seiner Berufung zum Staatssekretär 2014 Bürgermeister der Stadt Fulda war. Dort war er u.a. für die Bereiche Recht und Ordnung, Schulen, Sport, Familie und Soziales sowie soziale Stadt zuständig. Durch seine umfangreichen Tätigkeiten hat er seine sozialpolitische Kompetenz unter Beweis gestellt.

FOTO HMSI

LANDESPOLITIK

Staatssekretär und Bevollmächtigter für Integration und Antidiskriminierung Jo Dreiseitel



STAATSEKRETÄR
JO DREISEITEL, Bündnis 90 / Die Grünen

Mit der Bildung der Koalition zwischen CDU und Bündnis 90/Die Grünen im Januar 2014 wurde das bisherige Hessische Sozialministerium erweitert zum Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Jo Dreiseitel, Bündnis 90/Die Grünen, ist seit dem 18. Januar 2014 Staatssekretär und wurde von der Hessischen Landesregierung zum Bevollmächtigten für Integration und Antidiskriminierung ernannt. Er leitet in seinem Aufgabengebiet den Kabinettsausschuss Integration, in dem Maßnahmen der Ressorts für Integration koordiniert werden. Unter seiner Federführung ist der Aufbau einer Antidiskriminierungsstelle für die zweite Jahreshälfte vorgesehen.

Der diplomierte Sozialarbeiter Jo Dreiseitel war u. a. von 1979 bis 1989 Leiter des Jugendbildungswerkes der Stadt Baunatal und von 1996 bis 2000 Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Kassel. Von 2000 bis 2006 war Jo Dreiseitel Stadtrat und von 2006 bis 2012 Bürgermeister der Stadt Rüsselsheim und hier u. a. für die Bereiche Kinder und Jugend, Soziales und Gesundheit, Bildung und Kultur verantwortlich. Davon war er vier Jahre ebenfalls für den Bereich Ordnung und Sicherheit einschließlich der Ausländerbehörde zuständig und in dieser Zeit u. a. Mitglied der Ausschüsse Soziales und Integration sowie Schule und Kultur des Hessischen Städtetages.

FOTO HMSI

VDEK INTERN

Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Hessen



ÜBERGABE DER CHARTA Staatsminister Stefan Grüttner und Claudia Ackermann

Am 24. Juli 2014 hat der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) die Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Hessen unterzeichnet. Der vdek war zuvor bereits als familienfreundliches Unternehmen zertifiziert worden. Das Sozialministerium in Hessen und weitere Initiatoren hatten sich 2013 beim Start der Charta zum Ziel gesetzt, die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aktiv anzunehmen, denn immer mehr Beschäftigte müssen sich neben dem Beruf um die Pflege von Angehörigen kümmern. Der vdek ist der Charta beigetreten, da die Unterstützung von Mitarbeitern mit pflegebedürftigen Angehörigen eine wichtige Voraussetzung für eine familiengerechte Gestaltung der Arbeitsbeziehung ist. In der Umsetzung soll ein Arbeitsumfeld geschaffen werden, das es Mitarbeitern ermöglicht, ihren Beruf und die Pflege naher Angehöriger gleichermaßen zu bewältigen. Der vdek unterstützt seine Mitarbeiter durch das Finden individueller Lösungen, die den Interessen der Pflegenden, ihrer pflegebedürftigen Angehörigen und dem Verband als Arbeitgeber gerecht werden.

Inzwischen haben insgesamt 50 Unternehmen die Charta unterzeichnet.

FOTO Katharina Schwerber

ERFOLGSKONZEPT UNTER FEDERFÜHRUNG DES VDEK

Zentrale Prüfstelle Prävention ist erfolgreich gestartet

FOTO: Zentrale Prüfstelle Prävention



Die im Januar 2014 von bundesweit 119 Krankenkassen unter Federführung des vdek gestartete Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) kann nach dem ersten Halbjahr eine sehr positive Bilanz ziehen. Dafür sprechen nicht nur die Zahlen, sondern auch die gute Resonanz der Mitarbeiter in den

Kundenbetreuungen der beteiligten Krankenkassen. Inzwischen umfasst die Datenbank ca. 380.000 geprüfte Präventionskurse von ca. 120.000 Anbietern aus ganz Deutschland. In dieser Datenbank können Versicherte schnell, einfach und kostenfrei einen passenden Präventionskurs in ihrer Nähe finden.

Seit dem Start der ZPP wurden insgesamt über 40.000 Prüfungen zentral, bundesweit und kassenartenübergreifend durchgeführt. Geprüft werden zum Beispiel die Qualifikation des Anbieters sowie die Erfüllung von Anforderungen, die sich aus dem „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes ergeben.

Im zweiten Halbjahr 2014 soll die ZPP strukturell und funktional weiterentwickelt werden. Dazu gehören eine Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit und die Vereinfachung der Eingabe von standardisierten Konzepten für Antragsteller. Seit Einführung sind weitere Krankenkassen der ZPP beigetreten, auch für die zweite Jahreshälfte sind Beitritte von Krankenkassen aus dem Primärkassensystem geplant.

VERNETZTE VERSORGUNG

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) ist in vielen Bundesländern unter der Telefonnummer „116 117“ zu erreichen. Ab 2015 ist die kostenlose Rufnummer auch in Hessen flächendeckend geschaltet. Wählt ein Patient nachts oder am Wochenende „116 117“, wird er an die regional zuständige Dispositionszentrale geleitet und kann dort medizinisch geschultem Fachpersonal seine Krankheitssymptome schildern. Je nach Art der Erkrankung wird mit dem Patienten vereinbart, in eine nahegelegene Zentrale des Bereitschaftsdienstes zu fahren, oder es wird ein Hausbesuch veranlasst. Falls der Patient einen Notarzt benötigt, wird dieser vom ÄBD angefordert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet von 4,3 Millionen Gesprächen, die 2013 über die bundeseinheitliche Rufnummer beim ÄBD eingegangen sind.

KURZ GEFASST

Honorarvertrag Ärzte 2014

Bereits im April konnten sich die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung (KVH) in Hessen auf Eckpunkte für das Honorarjahr 2014 verständigen, der Honorarvertrag befindet sich aktuell im Unterschriftenverfahren. Damit konnte anders als nach langen und sehr schwierigen Verhandlungen im Vorjahr das Anrufen des Schiedsamtes vermieden werden. Im Ergebnis sieht die Einigung eine Steigerung der Honorare der rund 11.000 hessischen Ärzte auf insgesamt über 2,5 Milliarden Euro vor. Kernstück des Honorars 2014 ist eine zwischen den Krankenkassen und der KVH einvernehmlich erarbeitete Liste förderungswürdiger Leistungen, die insbesondere für die hausärztliche Versorgung sowie für Leistungen für chronisch erkrankte Versicherte Zuschläge in einer Gesamthöhe von 11 Mio. Euro vorsieht. Zusätzlich wird die fachärztliche Grundpauschale mit Zuschlägen in Höhe von insgesamt 4 Mio. Euro gefördert. Sowohl die Verbände der Krankenkassen als auch die KV Hessen haben die konstruktive und vertrauensvolle Atmosphäre der diesjährigen Verhandlungen hervorgehoben.

Heilmittelvereinbarung 2014

Die Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarungen für das Jahr 2014 konnten nach weitgehend einvernehmlichen Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abgeschlossen werden. Die Steigerungsfaktoren berücksichtigen auch die demographische Entwicklung der Versicherten und bewegen sich insgesamt im Rahmen der Bundesvorgaben. Die Obergrenze der Heilmittelausgaben steigt um 3,25 Prozent und beläuft sich damit auf über 295 Mio. Euro.

Ambulante Hospizförderung 2014

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) unterstützen in diesem Jahr 72 ambulante Hospizdienste (AHD) in Hessen mit insgesamt ca. vier Millionen Euro. Den größten Anteil dieser Förderung finanzieren die Ersatzkassen in Hessen mit ca. 1,8 Millionen Euro. 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 Bedürfnisse der sterbenden Menschen ein. Im Zentrum steht dabei, ihnen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende zu ermöglichen. In den letzten Jahren ist die Anzahl der geförderten Hospizdienste und die Fördersumme stetig gestiegen.

BÜCHER

Von anderen lernen

Um das Gesundheitswesen zu verbessern, ist ein Blick über die Landesgrenzen hinaus von großer Bedeutung. Die Autoren liefern einen Überblick über die Strukturen der Gesundheitssysteme in 31 Mitgliedsstaaten der EU und der OECD. Die Vergleiche zeigen, welche Erfahrungen andere Ländern bereits mit Reformen gemacht haben, und wie patientenfreundlich, effizient und „gerecht“ die jeweiligen Gesundheitssysteme sind. Verglichen werden u.a. Gesundheitskosten, Arzneimittelversorgung und Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung.



Dr. Martin Schölkopf, Dr. Holger Pressel:
Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.
2014, 304 S., € 69,95, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Herausforderung Demografie

Welche Herausforderungen stellen sich für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung im Alter und am Lebensende? Das Buch analysiert spezifische Herausforderungen und Konsequenzen des demografischen Wandels für die gesundheitliche Versorgung. Der Autor entwickelt ein faktenreiches und kompetent belegtes Plädoyer für die Stärkung von Prävention, Rehabilitation und geriatrischer Versorgung sowie für eine sektorenübergreifende Integration aller Versorgungsleistungen, um Alterungsfolgen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu verringern.



Klaus Müller
Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung.
2014, 648 S., € 69,95, Verlag Hans Huber

MODELLVORHABEN

Verbesserte Betreuung demenzkranker Menschen

Foto: Charité – Fotolia.com



Bis Ende Februar 2014 konnten sich ambulante Betreuungsdienste für ein Modellvorhaben zur häuslichen Betreuung im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes beim GKV-Spitzenverband bewerben. Das Modellvorhaben soll Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste praktisch erproben, wissenschaftlich evaluieren und untersuchen, inwieweit sich die Leistungen im Hinblick auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz der pflegerischen Versorgung auswirken. Insbesondere die dauerhafte Betreuung von demenzkranken Menschen im häuslichen Umfeld und die hauswirtschaftliche Versorgung der Patienten sollen dabei erprobt werden. In Hessen wurden neun Betreuungsdienste für die weitere Prüfung ausgewählt. Der vdek in Hessen hat die Aufgabe für die GKV übernommen, die Zulassungsvoraussetzungen der Bewerber zu prüfen und die Verhandlungen für die Vergütungsvereinbarungen zu führen. Die Betreuungsdienste müssen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung bestimmte Grundsätze beachten, wie z. B. die Vorlage eines Betreuungskonzeptes und Erfüllung von Qualifikationsanforderungen der Mitarbeiter. Die Betreuungsdienste sollen noch im Jahr 2014 mit der Umsetzung der Modellvorhaben beginnen.

SERVICE

Relaunch der Homepage

Foto: vdek – Landesvertretung Hessen



RELAUNCH mit neuem Layout und Inhalt

Die Homepage der vdek-Landesvertretung Hessen erscheint seit Mai dieses Jahres nicht nur in neuem Design, sondern wurde auch inhaltlich komplett überarbeitet: Informationen und Angebote für Leistungserbringer und Vertragspartner, Pressemitteilungen, der ersatzkasse report. Hessen, Veranstaltungshinweise und viele weitere Informationen sind auf der Homepage unter www.vdek.com/LVen/HES.html abrufbar. Die neu gestaltete Homepage informiert ausführlich zu Themen der Gesundheitsversorgung und über die Arbeitsgebiete des vdek in Hessen. Neben vielfältigen Unterlagen sind auch Ansprechpartner der Landesvertretung hinterlegt, die bei Bedarf gerne weiterhelfen.

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