

report hessen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: **Gesundheitsfonds: Auch der Kinospot des Bundesgesundheitsministeriums trägt nicht zu besserem Image bei**

Wer derzeit im Kino Entspannung oder Unterhaltung sucht, kommt nicht drum herum: zuerst gibt es den Spot zum Gesundheitsfonds.

Das Bundeskabinett hat am 07.10.2008 entschieden, dass der paritätisch finanzierte, einheitliche Beitragssatz für alle gesetzlich Versicherten ab 01.01.2009 bei 14,6 % liegen wird; hinzu kommt noch der 0,9 %-ige Beitrag, der vom Versicherten allein zu tragen ist.

Der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung war ein heftiger Streit im GKV-Schätzerkreis hinsichtlich der zu erwartenden Einnahmen vorausgegangen. Während die Vertreter der Bundesregierung im GKV-Schätzerkreis eine Festlegung auf 15,5 %* präferierten, sprachen sich die Vertreter der Kassen für eine Festlegung auf 15,8 %* aus.

Nach Berechnungen der Kassen startet der Gesundheitsfonds ab 01.01.2009 mit einer Unterdeckung von knapp 3 Mrd. Euro.

Sofern im Jahresverlauf Finanzierungslücken auftreten, muss der Bundesfinanzminister mit Steuermitteln einspringen. Diese Ausgleichsbeträge wird

In dieser Ausgabe:

- **GKV-WSG**
Gesundheitsfonds startet am 01.01.2009
- **Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b**
Umsetzung in Hessen
- **Palliativversorgung in Hessen**
Kein Sparmodell – oder – mehr Versorgungsqualität hat ihren Preis
- **Koordinierungsstelle:**
„Soziale Lage und Gesundheit – Regionaler Knoten Hessen“
- **Ersatzkassen fördern ambulante Hospizdienste (AHD) in Hessen mit knapp 700.000 Euro**
Seit Jahren erfolgt eine kontinuierliche Steigerung der Fördersummen

sich der Finanzminister aber im Folgejahr von den Kassen zurückholen. Damit sind Zusatzbeiträge – die vom Versicherten allein aufzubringen sind – für spätestens zum Jahresende 2009 so gut wie vorprogrammiert.

Der Gesundheitsfonds hat zwar alle Hürden überwunden und wird – wie von der Bundesregierung geplant – zum 01.01.2009 starten, die bestehenden Finanzierungsprobleme wird er allerdings in keiner Weise lösen.

Damit stehen in 2009 für die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen rd. 167 Milliarden Euro zur Verfügung. Dies ist ein Plus von rd. 11 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr. Allerdings stehen auch auf der Ausgabenseite deutliche Mehrbelastungen, die in erheblichem Maße zu Buche schlagen werden. Genannt seien an dieser Stelle die Mehrausgaben für

- Ärztliche Behandlung (Honorarreform)
- Krankenhausbehandlung
- Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln.

Allein bei den Arzneimitteln zeigt sich, dass die Bestimmungen des Vergaberechts – mögen sie auch noch so begründet sein – bei Ausschreibungen zu massiven Umsetzungsproblemen führen. Aufgrund von z. B. gerichtlichen Einsprüchen von nicht berücksichtigten Arzneimittelproduzenten kommen Vergabeverfahren zum Stillstand, sodass rasche Einspareffekte in erheblichem Umfang gar nicht realisierbar sind.

Bei der Krankenhausbehandlung hat die Bundesregierung abgelehnt, für planbare Eingriffe den Kassen ein selektives Vertragsrecht zuzugestehen.

Damit hätten zugleich mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität die Kosten gesenkt werden können.

Für alternative Verträge mit niedergelassenen Ärzten fehlt nach wie vor ein praktikabler, d.h. durchsetzbarer Mechanismus für die Bereinigung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen.

Die Mehrbelastungen werden das „Mehr“ an Geldmitteln im Gesundheitsfonds vollständig aufzehren und alle Fehlbeträge, die sich ggf. aufgrund der Finanzkrise ergeben, werden ausschliesslich über Zusatzbeiträge, die der Versicherte allein aufbringen muss, auszugleichen sein.

Diese Zusatzbeiträge sind zwar auf ein Prozent des Bruttoeinkommens nach oben hin begrenzt; wie lange es jedoch diese Ein-Prozent-Grenze nach der Bundestagswahl 2009 noch geben wird, ist fraglich. Schon mehren sich die Stimmen, diese „Belastungsgrenze“ nach der Wahl fallen zu lassen.

Eine derzeit in die Diskussion eingebrachte Anhebung der Steuermittelquote um 10 Mrd. Euro wäre ein zwar nicht ausreichender, aber ordnungspolitisch richtiger Schritt. Dieser würde für Versicherte und Arbeitgeber eine Entlastung der von ihnen mitfinanzierten versicherungsfremden Leistungen bedeuten.

DER KOMMENTAR



Dr. Hubert Schindler,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hessen

Jetzt braucht es Narren, denn auf die Weisen hört ja keiner!!

War es vormalen so, dass man sich bei Hofe Narren hielt, dann wollte man wenigstens einen im Gefolge haben, der die Wahrheit sagen konnte. Aber lachen über ihn, den Narren, das wollte man schon auch.

In unseren Tagen erfüllen von Regierungen berufene Weise die Aufgabe, Wahrheiten zu sagen. Sie legen dann ihre Gutachten vor.

Da gab es schon lange Wirtschafts- und Finanzweise, die haben vor der massiven Überschuldung der Privathaushalte in den USA gewarnt und vor abenteuerlichen Anlageinstrumenten, die auf faulen Krediten beruhen. Und vor der Dollarabwertung und vor der gigantischen Verschuldung des US-amerikanischen Haushaltes, da wurde auch gewarnt. Was ist passiert? Brüllendes Gelächter in den Etagen der Bankinstitute! Einige davon haben sich gerade totgelacht.

Bei uns gibt es die 5 Wirtschaftsweisen, und die haben im November ihr Gutachten vorgelegt: Die monistische Krankenhausfinanzierung soll unter anderem her und der Gesundheitsfonds soll es richten, mit hineingeschütteten Milliarden. Wo sollen die denn herkommen, wenn die zuständigen Bundesländer ihrer Verpflichtung zur steuerfinanzierten Pauschalförderung bereits seit Jahren keinen Vorrang gegeben haben? Hat hier jemand ein Lachen gehört? Ja das Lachen und der Gesundheitsfonds, Lachen soll ja so gesund sein! Und die Narren? Von denen hört man verdächtig wenig! Ob sie darüber brüten, ob man das Gesundheitswesen endlich mal so vereinfacht, dass alle, die erkranken, einfach nur eine Diagnose bekommen? Das könnte dann ja auch den Morbi-RSA noch mächtig vereinfachen.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V

Umsetzung in Hessen

Zur ambulanten Versorgung von Patienten mit
 – seltenen Erkrankungen sowie
 – Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG den Zugang zu den Spezialisten in den Krankenhäusern geöffnet.

Die von Seiten der Kostenträger befürchtete Antragsflut hat sich mittlerweile bestätigt. Eine unkritische Genehmigungspraxis, die sich nicht auf höchst erfahrene Spezialisten beschränken würde, hätte eine ungünstige Auswirkung auf die Versorgungsqualität. Aber auch eine Ausdehnung der Versorgung über die vom Gesetzgeber intendierte Ziel-

gruppe hinaus wäre von Übel. Dies würde sich mit höheren Kosten niederschlagen und dazu noch ungünstig auf die flächendeckende vertragsärztliche Facharztversorgung auswirken.

Das Hessische Sozialministerium (HSM) hat zum Stichtag 01. Dezember 2008 Bescheide für 153 hochspezialisierte Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen an 21 Krankenhäusern erlassen.

Zuvor haben die Krankenkassen in Hessen und ihrer Verbände jeweils geprüft, ob die Antragsteller die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gesetzten anspruchsvollen Vorgaben erfüllen.

Aktueller Antrags- und Genehmigungsstand: (01.12.2008)

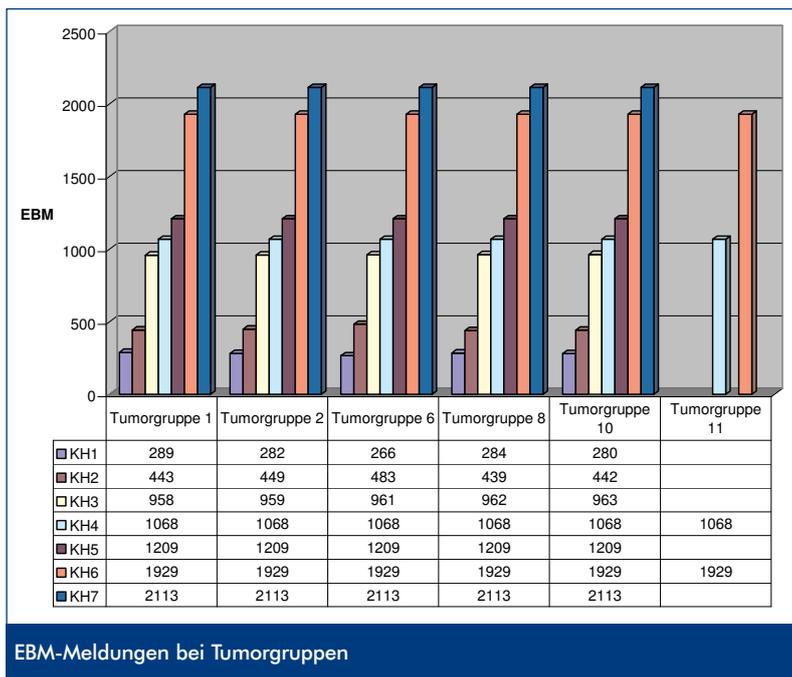
Leistung / Krankheit	Anträge	Genehmigungen	Ablehnungen	
CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	8	1		
Brachytherapie	2	1		
Mukoviszidose	5	3		
Gerinnungsstörungen (Hämophilie)	4	2		
Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen	7	5		
schwerwiegende Immunologische Erkrankungen	7	2		
Biliärer Zirrhose	4	0	1	
primär sklerosierende Cholangitis	5	0		
Morbus Wilson	2	0		
Transsexualismus	1	0		
angeborene Stoffwechselstörungen:	Adrenogenitales Syndrom	1	0	
	Hypothyreose	1	0	
	Phenylketonurie	1	0	
	Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)	1	0	
	Galactosaemie	1	0	
Marfan-Syndrom	3	0		
Pulmonale Hypertonie	5	2		
onkologische Erkrankungen:	Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle	28	15	
	Tumore der Lunge und des Thorax	27	13	1
	Knochen- und Weichteil-Tumore	23	10	
	Hauttumore	22	8	1
	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven	22	8	1
	Kopf- und Halstumore	26	13	
	Tumore des Auges	20	7	
	Gynäkologische Tumore	27	13	1
	Urologische Tumore	25	12	
	Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	27	14	
Tumore bei Kindern und Jugendlichen	17	4		
HIV/ AIDS	2	2		
schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen	7	3		
schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4)	14	4		
Tuberkulose	5	1		
Multiple Sklerose	12	3		
Anfallsleiden	6	4		
pädiatrische Kardiologie	1	1		
Frühgeborene mit Folgeschäden	2	2		
Gesamtanträge	371	153	5	

Der derzeitige Antragsstand umfasst weitere Anträge mit über 218 hochspezialisierten Leistungen.

Nach erteilter Zulassung hat das Krankenhaus nach der gesetzlichen Vorgabe den Krankenkassen die abrechnungsfähigen Ziffern des Einheitlichen Bewertungs-Maßstabs (EBM) zu melden. Eine lupenreine Umsetzung des vom Gesetzgeber vorgesehenen Verfahrens hätte dazu geführt, dass die Meldung der Krankenhäuser an bundesweit über 200 Einzelkassen hätte erfolgen müssen.

Um zu vermeiden, dass jedes Krankenhaus ein individuelles Meldeformular kreiert und dies etwa in Papierform oder unterschiedlichen Dateiformaten an alle Kassen schickt, hat es der VdAK/AEV für die Spitzenverbände auf Bundesebene übernommen, einen bundeseinheitlichen Meldebogen mit der DKG zu konsentieren. Mit diesem können die Krankenhäuser die entsprechenden EBM Ziffern standardisiert erfassen und an jeweils eine Adresse der sechs Kassenarten melden. Die Umsetzung dieser schlanken Regelung, die das Funktionieren der Selbstverwaltung bestätigt, zeigt auf, dass nicht alles bis ins Letzte vom Gesetzgeber geregelt werden muss!

Die von den Krankenhäusern gemeldeten abrechnungsfähigen Ziffern des EBM werden im Auftrag der Krankenkassen in Hessen und ihrer Verbände gemeinsam vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK) geprüft. Erst dann werden diese Ziffern für die tatsächliche Abrechnung freigegeben.



o.a. EBM Meldungen herangehen. Einige Krankenhäuser (KH1 bis KH3) scheinen sich medizinisch inhaltlich intensiver mit den Meldungen befasst zu haben und melden die aus Ihrer Sicht notwendigen Ziffern. Andere wiederum melden so viele EBM Ziffern wie nur möglich. Dies kann einer rein wirtschaftlichen bzw. abrechnungstechnischen Intention entspringen. Die starke Diskrepanz zwischen den KH1 – KH3 resultiert zum Teil aus Laborziffern, die unterschiedlich umfangreich gemeldet wurden. Möglicherweise wird auch aus falscher „Vorsicht“ die gesamte mögliche Bandbreite gemeldet, ob diese dann in der Praxis gebraucht werden oder nicht.

Eine übermäßige Vorsicht ist allerdings nicht notwendig. Ein Krankenhaus kann seine Meldung jederzeit aktualisieren, wenn bei der Abrechnungspraxis auffällt, dass nicht alle notwendigen EBM Nummern gemeldet sind.

Die Erfahrung zeigt, dass die Meldepraxis der Krankenhäuser sehr unterschiedlich ist. Das Problem hierbei ist, dass die Mehrheit der Krankenhäuser wesentlich mehr Abrechnungsziffern meldet als aus Sicht der Kassen notwendig ist. Insofern sind die zur Überprüfung eingesetzten Ressourcen gut investiert, da hierdurch ein besserer Überblick für Krankenhäuser und Kassen geschaffen wird. Zugleich erfolgt eine Reduzierung auf die medizinisch notwendigen Positionen.

Die Tabelle verdeutlicht, wie unterschiedlich die Krankenhäuser im Bereich der Onkologie an die

Am 01.10.2008 hat das maschinelle Abrechnungsverfahren begonnen. Eine Vereinbarung über die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung konnte mit der Krankenhausgesellschaft noch nicht abgeschlossen werden. Hierzu werden noch weitere Verhandlungen geführt werden.

Die Entwicklung dieses Leistungsbereiches bleibt weiterhin spannend. Inwiefern noch Regelungen geschaffen werden, ob und wie aus dem ambulanten Bereich finanzielle Mittel den Leistungen folgen, bleibt abzuwarten.

Palliativversorgung in Hessen:

Kein Sparmodell – oder – mehr Versorgungsqualität hat ihren Preis

I.V.-Verträge mit Anschubfinanzierung, die seit 2006 peu à peu abgeschlossen wurden, haben spürbar die häusliche Versorgung von Palliativpatienten verbessert. Einsparungen bei den Kassen waren weder beabsichtigt, noch sind sie eingetreten. Insofern ist die öffentliche Äußerung eines Präsidiumsmitgliedes der Landesärztekammer Hessen, die I.V.-Verträge seien „eine Billiglösung und reines Marketing für die Krankenkassen“ eine Stimme aus einer anderen Welt.

Für Palliativpatienten, die in den letzten 3 Jahren je nach örtlicher Verfügbarkeit die Einschreibemöglichkeiten in die Integrierte Versorgung genutzt

haben, wurde rund um die Uhr ein verlässlicher Zugang zu qualifizierter ärztlicher palliativmedizinischer wie auch zu qualifizierter palliativpflegerischer Kompetenz eröffnet. Auch für die Angehörigen hat sich damit die Situation verbessert, ob sie nun zu Hause selber mitgepflegt oder einen Verwandten in einer stationären Pflegeeinrichtung auf seine letzten Tage begleitet haben.

Die Einbeziehung von ambulanten Hospizdiensten mit ihren vorrangig ehrenamtlichen Kräften ist noch in der Entwicklung der Versorgungspraxis begriffen. Gleiches gilt für die Vorstellungen von einem interdisziplinären Palliative-Care-Team, welches alle –

Hauptberufliche wie Ehrenamtliche – in abgestimmter Weise am Patienten und dabei seinen Bedürfnissen entsprechend, zusammenführt.

Mit der Einführung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wird eine mit dem GKV-WSG neu eingeführte Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung schrittweise flächendeckend verfügbar gemacht. Rein vergütungstechnisch handelt es sich um eine kombinierte ärztliche und pflegerische Leistung. Diese wird – inklusive der Koordinationsaufgaben unter Einbeziehung von weiteren Berufsgruppen sowie Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit – nur von besonders qualifizierten Leistungserbringern gegen Vergütung der Krankenkassen angeboten werden können. In der Praxis wird sich dann mit der Zeit herauschälen, wo die SAPV von der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) abzugrenzen ist.

Die bisherigen I.V.-Verträge zur Palliativversorgung in Hessen haben eine strenge Abgrenzung von SAPV und AAPV nicht vorgenommen. Dies war auch schlechterdings deshalb nicht möglich, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zunächst eine Richtlinie (SAPV-RL) als Grundlage für die Beschreibung speziellen Versorgungsbedarfs zu erarbeiten hatte. Diese SAPV-RL wurde im Januar 2008 wirksam und bildete die Basis für die Spitzenverbände der Krankenkassen, um ihre Aufgabe mit der Erarbeitung einer Rahmenempfehlung für die Landesebene zu erfüllen. Diese Rahmenempfehlung war vor Ablauf der vom Gesetzgeber festgelegten Frist zur Jahresmitte 2008 abgearbeitet.

Eine noch auf Bundesebene zu treffende Regelung der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln durch die künftigen SAPV-Vertragspartner steht kurz bevor. Die Vorgaben für ein Ordnungsblatt zur Verordnung der SAPV durch Ärzte sind ebenfalls bereits auf Bundesebene abgestimmt. Insofern wird derzeit eine Anpassung bestehender I.V.-Verträge an die vom Gesetzgeber durch § 132d SGB V vorgegebenen Bedingungen angestrebt.

Ein weiterer Grund für den Anpassungsbedarf der I.V.-Verträge ist der Wegfall der Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung zu Ende des Jahres 2008. Damit endet die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, neue Versorgungsformen aus einem Topf zu finanzieren, der aus Abzügen in Höhe von 1 v. H. der budgetierten Gesamtvergütung der Vertragsärzte wie auch der Krankenhausbudgets gespeist werden konnte. Dies geschah so in voller Umsetzung der Absicht des Gesetzgebers, komplexes Versorgungsgeschehen mit reichlicher Schnitt-

stellenproblematik vertraglich regeln zu können. Bedauerlicherweise wurde Krankenkassen, die gesetzeskonform in die Entwicklung der Palliativversorgung investiert haben, wie oben angemerkt, zu Unrecht „Billig-lösungen“ vorgeworfen. Darüber hinaus, aus der Entwicklung von Versorgungsstrukturen im Rahmen der Integrierten Versorgung den Schluss zu ziehen, „Ökonomie und Ideologie spielten eine größere Rolle als die Beachtung der Menschenwürde“, wie dies die Landesärztekammer Hessen formuliert hat, istbarer Unsinn. Schließlich wird mit der Verfügbarmachung vorher so nicht vorhandener Versorgungsmöglichkeiten ein Mehrwert für die Versicherten, allerdings auch zu Mehrkosten, geschaffen.

In der öffentlichen Berichterstattung ist immer wieder von Millionenbeträgen die Rede, die das Bundesgesundheitsministerium für die ambulante Versorgung angeblich bereit gestellt hätte. Dies ist wahrlich ein Märchen!

Richtig ist, dass im Gesetzentwurf zum GKV-WSG Millionenbeträge genannt sind, die aber aus Beitragsmitteln aufzubringen sind.

Nach Auslaufen der Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgungsmodelle zum Jahresende werden künftig von den Krankenkassen für die Umsetzung der SAPV Mittel aufzuwenden sein, denen keine Einsparungen gegenüber stehen.

Dies wird nachfolgend dargelegt:

1. Die Abzüge von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zur Realisierung der Anschubfinanzierung waren nur von vorübergehender Natur. Aufwendungen für künftige SAPV-Leistungen sind außerhalb der vertragsärztlichen Budgets aus den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Beitragsmitteln zu bestreiten. Die vertragsärztliche Versorgung ist dadurch nicht – auch nicht vorübergehend – kostengünstiger geworden. D.h., es wurde und es wird nicht auf Kosten der Vertragsärzte gespart.
2. Für die vorübergehenden Abzüge von den Krankenhausbudgets gilt Vergleichbares wie unter 1.
3. Wurden durch I.V.-Versorgung unnötige Krankenhausbehandlungsfälle vermieden, so wurde damit Fehlversorgung abgebaut, ohne, dass Krankenhausbudgets deshalb geschrumpft wären.
4. Wurden durch I.V.-Versorgung unnötige Krankentransporte oder Einsätze des Rettungsdienstes vermieden, so wurde damit Fehlversorgung abgebaut, ohne dass die regionalen Rettungs-

dienstbudgets deshalb geschrumpft wären. Jeder eingesparte Transport führt dazu, dass die umzulegenden Kosten zu einer Preiserhöhung des Einzeltransportes führen. Eine tatsächliche Einsparung wird erst erzielt, wenn durch rückläufigen Transportbedarf auch Transportkapazitäten und damit das Budget abgebaut werden.

Leistungen der Häuslichen Krankenpflege unterliegen keinen Budgets, Mehraufwand für Palliativpflege sind für eine Krankenkasse reine Mehraufwendungen.

Die angeblichen Einsparungen der Krankenkassen sind also nicht nachvollziehbare Behauptungen und somit von der Hand zu weisen.

Alle Finanzmittel, die ab 01. Januar 2009 für die SAPV fließen, werden gegen das einer jeden Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds zugeteilte Haushaltsvolumen laufen. Wen wundert es wirklich, dass Verhandlungen mit Leistungserbringern zur Umsetzung der SAPV ein hartes Geschäft für beide Seiten sind, ohne dabei den Blick auf die zu versorgenden Versicherten zu verlieren.

Koordinierungsstelle:

„Soziale Lage und Gesundheit – Regionaler Knoten Hessen,“

Der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde im Herbst 2003 gegründet und wird zurzeit getragen aus einer Zusammenarbeit zwischen der BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Kooperation gehören alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände und drei Länderministerien an. Insgesamt sind 50 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten. Das zentrale Ziel ist die Stärkung und Verbreitung guter Praxis in Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Über die Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de ist eine bundesweite Projektdatenbank verfügbar, über die insbesondere auch Projekte recherchierbar sind, die den 12 Good-Practice-Kriterien der BZgA entsprechen und als beispielhaft in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten gelten. Zur Unterstützung der Ansätze des Kooperationsverbundes auf Landesebene wurde ab 2004 mit dem Aufbau eines bundesweiten Netzwerkes von Koordinierungsstellen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, den „Regionalen Knoten“, begonnen. Seit Januar 2007 sind diese in allen 16 Bundesländern, angegliedert an die jeweilige Landesvereinigung für Gesundheit, implementiert.

Der „Regionaler Knoten Hessen“ besteht seit August 2006 und wird vom Hessischen Sozialministerium sowie den Gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden in Hessen finanziert. Träger des Regio-

ionalen Knotens ist die HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V. Die Aktivitäten des Regionalen Knoten Hessens orientieren sich an den Referenzzielen des Kooperationsverbundes und konzentrieren sich zurzeit auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder, Jugendlicher und ihre Familien. Ziel des Regionalen Knotens ist es Multiplikatoren des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs in ihrer Arbeit zu unterstützen und den Auf- und Ausbau einer multisektoralen und interdisziplinären Zusammenarbeit zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Kindern und Jugendlichen anzuregen. Dazu dienen unter anderem, der Aufbau von Foren zur Entwicklung eines kontinuierlichen Austausches über wirksame Ansätze der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, die Durchführung von Fachveranstaltungen sowie das Akquirieren und Bekanntmachen von Good-Practice-Projekten. Aktuell ist eine Kooperation mit dem Projekt „Prävention und Krisenintervention – Entwicklung von Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit komplexen Hilfebedarf“ des Hessischen Sozialministeriums sowie mit dem Programm „Soziale Stadt“, vorgesehen.

ANSPRECHPARTNER:

Rolf Reul,

Telefon: 06421 / 6007-23;

E-Mail: rolf.reul@hage.de

Nähere Informationen zu der Arbeit des Regionalen Knotens Hessen finden Sie auf den Seiten www.knoten-hessen.de und www.hage.de.

Ersatzkassen fördern ambulante Hospizdienste (AHD)

in Hessen mit knapp 700.000 Euro

Seit Jahren erfolgt eine kontinuierliche Steigerung der Fördersummen

Die Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist ein wichtiger Beitrag, eine möglichst flächendeckende ambulante Hospizversorgung auszubauen. Die bedarfsgerechte Versorgung schwerstkranker Menschen in der letzten Lebensphase in ihrem gewohnten Umfeld ist eine gesellschaftliche Herausforderung, die durch das qualifizierte Engagement von AHD wesentlich unterstützt wird.

Von den AHD in Hessen haben in diesem Jahr 47 Dienste Fördermittel erhalten. Allein die Ersatzkassen in Hessen bringen dafür 697.799,76 Euro auf. Dies entspricht einem Anteil von 40,65 % der Gesamtfördersumme in Höhe von 1.716.805,30 Euro im Jahr 2008.

Das in 2008 ausgezahlte Fördervolumen für AHD hat sich im Vergleich zum Vorjahr um ca. 20 % erhöht; dies entspricht ca. 85 % der maximal zur Verfügung stehenden Fördermittel. Im Vorjahresvergleich ist die Anzahl der Ehrenamtlichen von 1.254 auf 1.562 gestiegen; dies ist eine Steigerung um 24,5 %. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der geförderten Hospizdienste von 39 auf 47, was einer Steigerung um 20 % entspricht. Damit setzt sich der positive Trend der Vorjahre unvermindert fort.

Voraussetzung und gesetzliche Grundlage für die Förderung notwendiger Personalkosten ist § 39a Sozialgesetzbuch V (SGB V). Danach ist von jeder Krankenkasse in 2008 je Versicherten ein Betrag in Höhe von 0,41 Euro aufzubringen. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erfolgt gemäß einer

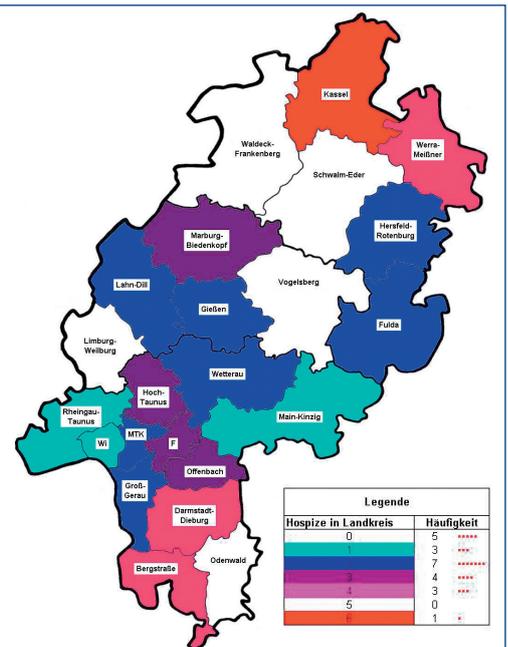
Vereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen. In dieser Vereinbarung werden die Voraussetzungen der Hospizförderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit in Hessen geregelt.

Alles Wichtige über die „Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen“ ist in einer 2006 erschienenen Broschüre zusammengefasst. Die Broschüre wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen (LAG Hospize), der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE) und der KASA – Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung erstellt. Die Finanzierung der Broschüre haben die Willy Robert Pitzer Stiftung, zahlreiche Gesetzliche Krankenkassen sowie deren Verbände in Hessen sichergestellt. Die 78seitige Broschüre kann über das Internet unter:

http://www.vdak-aev.de/LVen/HES/Presse/Presseerklarungen/20080716/Hospizarbeit_Endfassung_Broschuere.pdf

herunter geladen werden.

Landkreise (alphabetisch)	AHD	Häufigkeit
Bergstraße	4	••••
Darmstadt-Dieburg	4	••••
Frankfurt/M.	3	•••
Fulda	2	••
Gießen	2	••
Groß-Gerau	2	••
Hersfeld-Rotenburg	2	••
Hoch-Taunus	3	•••
Kassel	6	••••••
Lahn-Dill	2	••
Limburg-Weilburg	0	
Main-Kinzig	1	•
Marburg-Biedenkopf	3	•••
Main-Taunus	2	••
Odenwald	0	
Offenbach	3	•••
Rheingau-Taunus	1	•
Schwalm-Eder	0	
Vogelsberg	0	
Waldeck-Frankenberg	0	
Werra-Meißner	4	••••
Wetterau	2	••
Wiesbaden	1	•
Gesamt	47	



Grafik erstellt durch: Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland

WICHTIGE INFORMATION – LIQUIDITÄTSHILFE FÜR AMBULANTE HOSPIZINITIATIVEN IN HESSEN

Im Haushaltsentwurf 2009 des Hessischen Sozialministeriums ist wieder die Position „Liquiditätshilfe für finanzschwache ambulante Hospizinitiativen“ vorgesehen. Hieraus können ambulante Hospizinitiativen in Hessen einmalig gefördert werden, die eine Anschubfinanzierung benötigen, um sich weiterentwickeln zu können. Die Gelder für die Liquiditätshilfe werden zu gleichen Teilen sowohl vom Hessischen Sozialministerium als auch von der Willy Robert Pitzer Stiftung zur Verfügung gestellt. Die Unterstützung „Liquiditätshilfe“ kann voraussichtlich, unter Vorbehalt der Zustimmung des Haushaltsgesetzgebers im Frühjahr 2009, gewährt werden in Form einer Förderung durch einen Zuschuss bis zu 5.000 € oder einem zinslosen Darlehen bis zu 15.000 €. Antragsschluss wird voraussichtlich der 27.02.2009 sein. Deshalb ist es ratsam, dass Hospizinitiativen, die eine Unterstützung benötigen, baldmöglichst einen formlosen Antrag stellen und diesen an die KASA adressieren. KASA wird die Anträge zunächst sammeln und dann an den Vergabebeirat weiterleiten.

Folgende Informationen sollte der formlose Antrag enthalten:

- Name und Anschrift der beantragenden ambulanten Hospizinitiative sowie Name und Anschrift der verantwortlichen Person

- Höhe der beantragten Summe mit der Aussage, ob die Förderung als Zuschuss oder als Darlehen beantragt werden wird
- kurzer Abriss über die Entwicklung der Hospizinitiative
- Zeitpunkt, seitdem die Hospizinitiative aktiv tätig ist
- Anzahl der derzeit zur Verfügung stehenden qualifizierten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Anzahl der Sterbebegleitungen im Jahr 2008
- kurze Darstellung der Finanzlage der Initiative (z. B. mittels des Haushaltsplans des derzeitigen Jahres und das Verzeichnis evtl. Rücklagen)
- Angaben über den Stand der Erfüllung der Kriterien, die die Voraussetzung für den Fördertatbestand nach § 39 a (2) SGB V darstellen (z. B. mittels Kopie des Zuwendungsbescheides der Krankenkassen)

(Stand: 26.11.2008 / KASA / Terno)

Auskunft erteilen:
 Elisabeth Terno, KASA, Arbeitsbereich der HAGE e.V.,
 Heinrich-Heine-Straße 44, 35039 Marburg,
 Telefon: 06421 / 60 07-43, Fax: 06421 / 60 07-11,
 E-Mail: kasa@hage.de
 Peter Otto, LAG Hospize Hessen, Zum Försternstein 1,
 34376 Immenhausen,
 Tel.: 05673 / 44 04 und 0177 / 7 93 55 46,
 Fax: 05673 / 91 39 46, E-Mail: lag-hessen@gmx.de.

LANDTAG AUFGELOST

Nachdem alle Versuche, für Hessen nach der Landtagswahl vom 27.01.2008 eine neue Landesregierung zu bilden, fehlgeschlagen sind, hat sich der Hessische Landtag zwischenzeitlich selbst aufgelöst.

Als Termin für die Neuwahlen zum Hessischen Landtag ist der 18. Januar 2009 festgelegt worden. Es bleibt zu hoffen, dass aus dem Wähler-votum eine klare Mehrheit für eine neue Landesregierung hervor geht, um den politischen Stillstand zu beenden.

Auch unter einer neu gewählten Landesregierung darf der Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger nicht „verwässert“ werden; dies gilt insbesondere für den Schutz der Nichtraucher.

KURZ GEMELDET:

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen haben im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Landesorganisationen und die Selbsthilfe-Kontaktstellen mit 1.138.033,57 Euro gefördert. Hinzu kamen die Mittel der kassenindividuellen Förderung für die Selbsthilfe in Höhe von 1.422.541,96 Euro.

IMPRESSUM

Herausgeber:
 Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV
 Walter-Kolb-Str. 9-11m · 60594 Frankfurt/Main
 Telefon: 0 69 / 96 21 68-20 · Telefax: 0 69 / 96 21 68-21
 E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de
 Redaktion: Meinhard Johannides
 Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler