

report hessen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dez. 2009

ersatzkassen

Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) zum Koalitionsvertrag

Krankenversicherungen brauchen gleiche Startchancen und einen fairen Wettbewerb

Mit der Vorlage ihres Koalitionsvertrages hat die neue Bundesregierung ihre Absicht unterstrichen, im Gesundheitswesen einen weitgehenden Umbau einzuleiten. Die aktuelle finanzielle Situation im Bundeshaushalt dürfte jedoch vielen Plänen im Wege stehen. Insbesondere die Wünsche des kleinen Koalitionspartners FDP kosten viel Geld. Und das ist nicht da. Im Gegenteil: Im nächsten Jahr wird das Defizit im Gesundheitswesen voraussichtlich 7,5 Milliarden Euro ausmachen. Vor diesem Hintergrund hat die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) rasche Änderungen angemahnt.

Die GKV braucht eine verlässliche und ausreichende Finanzierungsgrundlage. Die Entscheidung der Bundesregierung, im nächsten Jahr zusätzlich 3,9 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds zu geben, ist richtig, Diese Mittel werden aber nicht ausreichen, um das Defizit zu decken. Zusatzbeiträge sind die unausweichliche und logische Folge. Dies be-

In dieser Ausgabe:

- Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Koalitionsvertrag: **Krankenversicherungen brauchen gleiche Startchancen und einen fairen Wettbewerb**
- Leitungswechsel **Claudia Ackermann** wurde in ihr neues Amt eingeführt
- Schwierige Verhandlungen erfolgreich abgeschlossen **Impfung gegen Schweinegrippe A (H1N1) in Hessen sichergestellt**
- „Zeugnis-Ausgabe“ für Pflegeeinrichtungen hat begonnen: **Mehr Transparenz bei Qualität der Pflege**
- Versorgung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen **Eine Bestandsaufnahme**

tonte auch Christian Zahn, Vorsitzender des vdek, auf der Mitgliederversammlung des Verbandes Anfang Dezember in Berlin. Für die anstehenden Reformen forderte er Augenmaß. Insbesondere bei der notwendigen Korrektur des Finanzausgleichs müsse darauf geachtet werden, dass die durch Gesundheitsfonds und Morbi-RSA entstandenen Übersteuerungen korrigiert und neue Fehlverteilungen vermieden werden. Die Verteilungssystematik im Finanzausgleich hatte den wirtschaftlich gesunden Ersatzkassen massiv Finanzmittel entzogen und in Richtung der AOK umgelenkt. Ein Ausgleichssystem aber, das einigen Kassen ungerechtfertigte Vorteile auf Kosten anderer verschafft, ist ungerecht und muss geändert werden. „Es sei gut,“ – so Zahn – „dass die Regierung dies anfassen und den Krankenkassen gleiche Startchancen geben will.“

Zahn begrüßte, dass die Bundesregierung den Krankenkassen wieder mehr Gestaltungsfreiheiten überlassen möchte. Hier bahne sich nach Jahren zunehmender Vereinheitlichung und Verstaatlichung ein wünschenswerter Richtungswechsel an. Gestaltungsfreiheiten auf der Beitragsseite müssten jedoch auch Gestaltungsfreiheiten auf der Vertragsseite gegenüberstehen. Nur im Wettbewerb kann bei Ärzten und Krankenhäusern das Beste für die Versicherten erzielt werden. Monopolartige Strukturen auf der Seite der Leistungserbringer, wie sie nach heutigem Recht bei der hausarztzentrierten Versorgung gegeben sind, führen zu nachteiligen Verträgen und machen die Versorgung teurer. Qualitätsverbesserungen sind auf diesem Weg nicht zu erzielen. Zahn: „Diese Verschwendung sollten wir uns nicht leisten.“

Im Koalitionsvertrag selbst finden sich nur wenige vage Aussagen zur Kostenbegrenzung und Ausga-

bensteuerung. Nicht nur die schwierige Finanzlage, auch der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt und ein veränderter und erhöhter Bedarf wegen der älter werdenden Bevölkerung erfordern permanent neue Ideen, um die Versorgung auf die Bedürfnisse der Menschen optimal auszurichten und zugleich effizient zu organisieren. Hier sind alle Beteiligten gefordert. Vor diesem Hintergrund erscheint es hochproblematisch, die Arbeitgeber aus der finanziellen Verantwortung für ein effizientes Gesundheitswesen entlassen zu wollen. Mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags würde aber genau dies geschehen. Kein Arbeitgeber wird mehr Interesse an der Begrenzung der Ausgaben haben, wenn seine Beitragszahlung von Kostensteigerungen unberührt bleibt. Diese gehen dann voll zu Lasten der Versicherten. Die sozialpolitische Balance zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern – jahrzehntelang Markenzeichen der sozialen Marktwirtschaft und Grundlage für wirtschaftlichen Erfolg und soziale Stabilität in der Bundesrepublik – gerät so in eine Schieflage. Aber auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erscheint die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags fragwürdig. Spätestens in den Tarifverhandlungen werden die steigenden Kosten für die gesundheitliche Versorgung die Arbeitgeber in Form erhöhter Vergütungsforderungen wieder einholen. Deshalb ist es besser, bereits im Vorfeld darauf hinzuwirken, dass die Kosten des Gesundheitswesens in vertretbarem Rahmen bleiben. Eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist dafür der beste Weg.



Christian Zahn,
Vorsitzender
des Verbandes
der Ersatzkassen
e. V. (vdek)

Leitungswechsel:

Claudia Ackermann in ihr neues Amt eingeführt



Thomas Ballast begrüßt die Gäste des Empfangs

Im Rahmen eines festlichen Empfangs wurde Claudia Ackermann am 15. Oktober 2009 vom Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), Thomas Ballast vor einhundert Gästen, darunter auch der hessische Staatsminister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer, in ihr Amt als neue Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen eingeführt.

Der vdek-Vorstandsvorsitzende Thomas Ballast dankte dem bisherigen Leiter der Landesvertretung Hessen, Dr. Hubert Schindler, für seine 18-jährige



Thomas Ballast dankt Dr. Hubert Schindler

Tätigkeit im Interesse der Ersatzkassen und deren Versicherten in Hessen. Er erwähnte zahlreiche Stationen seines Wirkens von der Gründung der damaligen Landesvertretung des VdAK und AEV im Jahre 1991 über wichtige Vereinbarungen mit dem Land Hessen, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen bis hin zur ersten flächendeckenden Vereinbarung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in Hessen im Frühjahr 2009.

gliedskassen des vdek vertreten sind, dankte dessen Vorsitzender, Herbert Trittel (DAK Unternehmen Leben), Dr. Hubert Schindler für die jahrelange Arbeit in diesem Gremium und wünschte seiner Nachfolgerin, Claudia Ackermann, für ihre neue Aufgabe eine glückliche Hand und viel Erfolg.

Dr. Hubert Schindler hat zum 01.10.2009 eine neue Tätigkeit an der Schnittstelle des Verbandes der Ersatzkassen zum Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin übernommen.



Herbert Trittel bei seiner Laudatio



Staatminister Banzer während seiner Rede beim Empfang

Der hessische Staatsminister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer, hob insbesondere das Engagement von Dr. Hubert Schindler für die Erarbeitung und Umsetzung besonderer Versorgungskonzepte für die Versicherten der Ersatzkassen in Hessen hervor.

Alle Redner wünschten der neuen Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, Claudia Ackermann, einen guten Start und gutes Gelingen für die komplizierten und komplexen Aufgaben, die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den nächsten Wochen, Monaten und Jahren zu bewältigen sind.



Claudia Ackermann bei ihrer Begrüßungsrede



Thomas Ballast übergibt das Staffelholz an Claudia Ackermann

Stellvertretend für die Mitglieder des Landesausschusses Hessen der Ersatzkassen, in dem alle Mit-

In ihrer Ansprache machte Frau Ackermann deutlich, dass sie neben der kontinuierlichen Fortführung der Aufgaben, insbesondere im Vertragsgeschäft mit ambulanten und stationären Leistungserbringern und im Dialog mit Politik z. B. über neue Gesetzesvorhaben eigene Schwerpunkte setzen möchte. Sie dankte ihrem Vorgänger für dessen engagierte Arbeit und kündigte an, mit vielen Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitspolitik und Verbänden in und für Hessen Gespräche aufzunehmen, um auch weiterhin eine gute Versorgung der hessischen Ersatzkassenversicherten sicherzustellen.



Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

DIE ERSTEN HUNDERT TAGE UND EIN AUSBLICK

Bereits die ersten hundert Tage in der neuen Rolle als Leiterin waren sehr ereignisreich. Wir haben Kontakte zu Landespolitikern und Verbandsvertretern geknüpft bzw. vertieft und eine Vielzahl von Vertragsverhandlungen in verschiedenen Leistungsbereichen geführt. Außerdem konnte ich erste wichtige Personalentscheidungen treffen und u. a. die Umsetzung unserer neuen „Corporate Identity“ in den Räumen der Landesvertretung voranbringen. Auch die Anwendung unserer Servicestandards ist mir ein zentrales Anliegen.

2010 möchte ich die guten Ansätze gemeinsam mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Wohle der Ersatzkassengemeinschaft in Hessen fortführen und intensivieren. Hierbei wird es u. a. um die konstruktive Beratung aller beteiligten Akteure bei der Novellierung des Hessischen Krankenhausgesetzes und des Hessischen Rettungsdienstgesetzes gehen. Die Frage der ungleichen Honorierungssysteme bei der Vergütung kassenzahnärztlicher Leistungen muss erneut mit den verantwortlichen Politikern diskutiert werden. Wie schon im vertragsärztlichen Bereich müssen auch hier gleiche Wettbewerbschancen für die Ersatzkassen geschaffen werden.

Der Honorarvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für das Jahr 2010 steht kurz vor dem Abschluss.

Die nächsten inhaltlichen Schwerpunkte sind

- die Verhandlungen über die Weiterentwicklung der hessischen Impfvereinbarung,
- parallel zum bereits eingeleiteten Schiedsstellenverfahren die Weiterführung der laufenden Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2010 für die hessischen Krankenhäuser,
- die Einrichtung der hessischen Pflegestützpunkte und viele weitere Themen.

Es wird also auch in den nächsten 100, 200 oder 500 Tagen im Interesse der Ersatzkassen viel Wichtiges zu tun geben. Im nächsten Report werden wir Sie wieder über ausgewählte aktuelle Themen informieren.

Ihre Claudia Ackermann

Impfung gegen Schweinegrippe A (H1N1) in Hessen sichergestellt Schwierige Verhandlungen erfolgreich abgeschlossen

Die „Umsetzungsvereinbarung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1)“ wurde mit Wirkung vom 26. Oktober 2009 geschlossen. Sie regelt die Rechte und Pflichten zwischen dem Land Hessen, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV).

Zwischen dem Land Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) wurde eine weitere Vereinbarung geschlossen, die u. a. die Höhe des Impfhonorars und die Verwaltung der Einnahmen und Ausgaben („Fonds“) regelt.

Die Vereinbarung zwischen den Krankenkassen (GKV und PKV) und dem Land Hessen konnte nach mehreren schwierigen Verhandlungsrunden so abgeschlossen werden, dass am Ende die zum Teil recht weit auseinander liegenden Positionen erfolgreich angenähert werden konnten.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (HMAFG) und unseren Mitgliedskassen gestaltete sich in der Folge bei aufkommenden Fragen sehr konstruktiv. Jeder Versicherte, der geimpft werden möchte, sollte sich laut Auskunft des HMAFG an seinen Hausarzt oder den öffentlichen Gesundheitsdienst wenden.

Aktuelle Zahlen über die Durchimpfung des priorisierten Personenkreises liegen zurzeit nicht vor. Es ist aber davon auszugehen, dass sich nicht alle Anspruchsberechtigten impfen lassen wollen. Die Impfung wird aber weiterhin für alle empfohlen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre Impfpflicht aktuell dahingehend korrigiert, dass nur eine Impfung ausreichend ist.

Die Anzahl der Erkrankungen an Influenza A (H1N1) lässt sich nicht genau beziffern, da nicht in jedem Fall der spezifische PCR-Test durchgeführt wird, aber nur die lt. PCR-Test positiven Fälle erfasst werden können.

VEREINBARUNG

Die Vereinbarung der Krankenkassen/-verbände mit dem Land regelt folgende Eckpunkte:

1. Die Verwaltung des Fonds obliegt der KVH.
2. Die Krankenkassen zahlen für 2009 für 30 Prozent ihrer Versicherten; für 2010 für 20 Prozent ihrer Versicherten gemäß der amtlichen Statistik KM 6.
3. Die PKV beteiligt sich für eine festgelegte Anzahl von Personen an den Kosten.
4. Für jeden Impfling wurde die Zahlung einer Pauschale vereinbart. Wegen der gesicherten Annahme, dass nur eine Impfung in den meisten Fällen ausreicht, wird hierauf zunächst ein Abschlag gezahlt.
5. Sofern das eingezahlte Guthaben Zinsen erwirtschaftet, werden diese dem Fondsvermögen zugeschlagen.
6. Verzugszinsen wurden vereinbart.
7. Eine Spitzabrechnung erfolgt nicht; entsprechend der eingezahlten Beträge werden aber Überzahlungen an die Kassen zurückerstattet.
8. Impfungen werden sowohl vom öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als auch von den Vertragsärzten, die ebenfalls zur Dokumentation verpflichtet sind, durchgeführt.
9. Bei Personenkreisen, die weder der GKV noch der PKV zuzuordnen sind, ist das Land kostenpflichtig.

INFO

Weitere allgemeine Informationen – auch in Fremdsprachen – sowie Rufnummern und Ansprechpartner/-innen zum Thema „Neue Grippe“ finden Sie im Internet auf der Seite des HMAFG unter:
http://www.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=b8b88f211ea2b5439860fff215ff1cbe

„Zeugnisse“ für Pflegeeinrichtungen hat begonnen

Mehr Transparenz bei Qualität der Pflege

Die Sorge, im Alter zum Pflegefall zu werden, beschäftigt uns alle. Und wir hoffen, dass es uns beziehungsweise unsere Angehörigen nicht trifft. Aber wenn die Pflegebedürftigkeit doch eintritt, sehen sich die Betroffenen mit vielen Fragen und Entscheidungen konfrontiert:

- Welches Pflegeheim wähle ich aus?
- Wie viel kostet die Betreuung im Heim oder durch einen ambulanten Pflegedienst?
- Wie gut ist die Ausstattung, und vor allem:
- Wie gut ist die Pflegequalität der verschiedenen Einrichtungen?

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber die Weichen für mehr Transparenz bei der Qualität der Pflegeeinrichtungen gestellt. Bis Ende 2010 sollen alle stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einmal geprüft werden. Mithilfe eines neu entwickelten Benotungssystems werden die Einrichtungen bewertet/eingestuft.

Mit Genehmigung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) durch das Bundesministerium für Gesundheit

(BMG) am 30. Juni 2009 begann nicht nur für den MDK ein neues Kapitel bei der Prüfung von Pflegeeinrichtungen. Seit dem 01. Juli 2009 führt der MDK in Hessen neben der Qualitätsprüfung auch die Prüfung auf der Grundlage der Pflege-Transparenzvereinbarung durch. Diese beinhaltet auch die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse.

Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik in der Form von Schulnoten entschieden. Schulnoten kennt jeder aus seiner eigenen Erfahrung und weiß, was eine Eins oder eine Fünf bedeutet.

Die Basis für die Pflegenoten sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes und gleichwertiger Prüfungen. Die Noten setzen sich in der stationären Pflege aus insgesamt 82 Einzelbewertungen zusammen, die im Rahmen der gesetzlichen Überprüfung der Heime durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ermittelt werden.

Die Gesamtnote in der stationären Pflege

wird aus 64 Einzelkriterien gebildet, die vier Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich „Pflege und medizinische Betreuung“, dem allein 35 der 64 Qualitätskriterien zugeordnet sind. Außerdem werden die Bereiche „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ (10 Kriterien), „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ (10 Kriterien) sowie „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (9 Kriterien) erfasst.

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Aus diesen Punkten wird für jeden Bereich ein Mittelwert gebildet, aus dem sich die Note ergibt. Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittelwert der Punkte für alle 64 Kriterien.

Der Qualitätsbereich „Befragung der Bewohner“ (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein; er wird separat ausgewiesen.



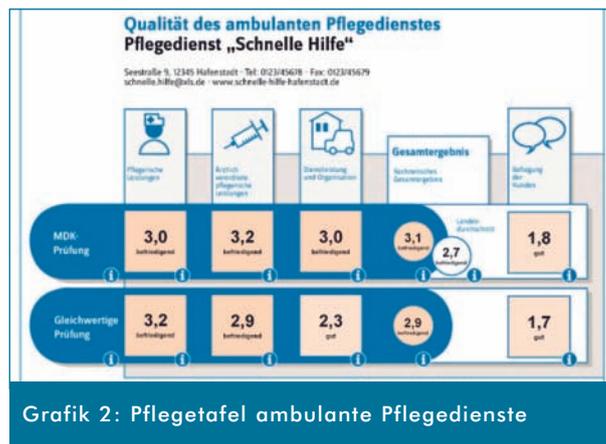
Die Gesamtnote in der ambulanten Pflege

wird aus 37 Einzelkriterien gebildet, die drei Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet der Bereich „pflegerische Leistungen“ mit 17 Kriterien. Hinzu kommen die Bereiche „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (10 Kriterien) sowie „Dienstleistung und Organisation“ (10 Kriterien).

Jedes Kriterium wird wiederum mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. In jedem Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet, aus dem sich die Note ergibt. Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittelwert der Punkte für alle 37 Kriterien.

Der Qualitätsbereich „Befragung der (Heim-) Bewohner“ (12 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein und wird separat ausgewiesen.

Um die Gesamtnote einordnen zu können, wird in jedem Bundesland ein Landesdurchschnitt ermittelt.



Individuelle Beratung durch die Ersatzkassen

Für die gesetzliche Verpflichtung der Pflegekassen, die Transparenzberichte im Internet zu veröffentlichen, haben die Ersatzkassen inzwischen ein verbraucherfreundliches, einheitliches Internetportal, den „Pflegetoten“, unter www.pflegetote.de eingerichtet.

Hier werden alle Berichte der durch die Medizinischen Dienste geprüften Pflegeeinrichtungen eingestellt. In Verbindung mit den weiteren Beratungsmöglichkeiten der Ersatzkassen vor Ort wird so erstmals eine Auswahl der geeigneten Pflegeeinrichtungen mit guter Versorgungsqualität möglich, welche den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entspricht.

Der Pflegetote ist eine einfach zu bedienende und leistungsstarke Suchmaschine. Sie ermöglicht die bundesweite Suche von Pflegeeinrichtungen nach

Ort, Postleitzahl und speziellen Angeboten. Wer zum Beispiel eine spezielle Pflege für Wachkomapatienten (Beatmungspflicht) oder für Demenzkranke benötigt, wird entsprechende Angebote erhalten. Die in die engere Auswahl gezogene Einrichtung kann abschließend genauer betrachtet werden, da die einzelnen Vergütungsbestandteile wie Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung oder das Gesamtheimergeld ebenfalls abgebildet werden. Zudem wird angezeigt, wie hoch der Anteil der Pflegekasse und der Eigenanteil des Versicherten daran ist. Ebenso besteht die Möglichkeit, ausgewählte Pflegeeinrichtungen einfach und schnell miteinander zu vergleichen.

Seit Anfang Dezember stehen in Hessen die ersten „Transparenzberichte“ für die stationäre und ambulante Pflege zur Verfügung. Bis Ende 2010 werden für insgesamt 1.540 Pflegeheime und etwa 1.020

ambulante Pflegeeinrichtungen die Berichte vorliegen. Ab 2011 werden alle ca. 2.600 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Hessen jährlich qualitätsgesichert geprüft, sodass sich die Versicherten der Ersatzkassen dann umfassend und aktuell informieren können. Die Angabe eines Landesdurchschnitts der Prüfergebnisse erleichtert es, die einzelnen Ergebnisse einzuordnen.

Die ersten Ergebnisse in Hessen zeigen, dass ca. 43 % der Einrichtungen eine sehr gute und etwa 33 % eine gute Qualität anbieten. 14 % der Einrichtungen erhielten die Note befriedigend und 9 % die Note ausreichend. Zwei ambulante Pflegeeinrichtungen haben ein „mangelhaft“ in ihrem „Zeugnis“ stehen. Die Veröffentlichung dieser Transparenzberichte ermöglicht es dem Verbraucher, Pflegeeinrichtungen, die eine nicht zufriedenstellende oder sogar mangelhafte Qualität anbieten, leicht zu identifizieren. Außerdem müssen geprüfte Einrichtungen eine Zusammenfassung der Ergebnisse gut sichtbar aushängen. Davon unabhängig erhalten Pflegeeinrichtungen bei Bedarf weiterhin Bescheide, in denen sie aufgefordert werden, festgestellte Mängel abzustellen.

Gute Leistungen der Pflegeeinrichtungen werden so durch interne und öffentliche Auszeichnung honoriert und publiziert, mittelmäßige oder gar schlechte Ergebnisse durch die Entscheidung, welcher Pflegeeinrichtung das eigene Vertrauen geschenkt wird, bestraft.

Mit den „Pflegetoten“ für die Pflegeeinrichtungen wurde auch international Neuland betreten. Um frühzeitig mögliche Schwachstellen identifizieren zu können, besteht zwischen den Vereinbarungspartnern und dem BMG Einvernehmen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen und deren praktische Umsetzung systematisch und unter wissenschaftlicher Begleitung auszuwerten. Die hierzu erforderliche Evaluation wird derzeit abschließend geplant. Diese Evaluation der Transparenzvereinbarungen wird von einem Beirat begleitet, der mit Vertretern/-innen der Pflege- und Sozialwissenschaft, aus Politik und Ministerien, Leistungserbringern, Leistungsträgern, von MDS und MDKs sowie dem Verbraucherschutz besetzt werden soll. Der Beirat soll den GKV-Spitzenverband bei der Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen beraten und seine Empfehlungen zur Umsetzung zum 30. Juli 2010 vorlegen.

Versorgung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen

Erste Bestandsaufnahme

Das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (HMAFG) hat den an der Krankenhausplanung im Land Beteiligten im Rahmen einer Sitzung der Arbeitsgruppe des Landeskrankenhausausschusses mitgeteilt, dass es Versorgungsdefizite in der stationären Versorgung der Kinder und Jugendpsychiatrie in Hessen gibt.

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landeskrankenhausausschusses traf sich aus diesem Grund im Oktober 2009 im HMAFG, um über die Fortschreibung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beraten.

Die präsentierten Struktur- und Leistungsdaten zeigen seit 1995 eine stetige Fallzahlsteigerung im Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bei nahezu gleichbleibenden Berechnungstagen (BT). Es gibt auch „Ausreißer“, die aus Sicht des vdek den Trend jedoch nicht widerspiegeln.

Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrien haben die Situation in Hessen aus ihrer Sicht dargestellt. Trotz rückläufiger Geburtenzahlen nehme der Anteil psychisch kranker bzw. verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher stetig zu. Die Patienten würden immer jünger, die Diagnosen seien breiter gestreut

und die Suchtgefährdung trete immer früher ein. Aufgrund langer Wartelisten in den einzelnen Einrichtungen seien kurzfristig weitere Kapazitäten erforderlich, um auch weiterhin eine adäquate Behandlung der Kinder und Jugendlichen sicherstellen zu können. Die gesunkene Verweildauer sei ein weiteres Indiz für den steigenden Aufnahmedruck in den Kliniken.

Bestandsaufnahme:

Die Versorgungssituation in Hessen stellt sich zum jetzigen Zeitpunkt wie folgt dar:

- Die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen nehmen insgesamt acht Kliniken wahr.
- Derzeit werden 362 vollstationäre Betten und 124 teilstationäre Plätze vorgehalten.
- Weitere 30 Betten und 51 Plätze sind bereits in den Feststellungsbescheiden der Kliniken ausgewiesen, bislang jedoch nicht umgesetzt.

Zurzeit sind somit rund 7,7 Prozent der vollstationären Kapazitäten sowie rund 29,1 Prozent der in den Feststellungsbescheiden ausgewiesenen teilstationären Kapazitäten aus unterschiedlichen Gründen nicht umgesetzt! Dies ergibt eine fehlende Umsetzung von rund 14,3 Prozent der ausgewiesenen Kapazitäten. Als Gründe für die noch nicht erfolgte Umsetzung der

planerisch ausgewiesenen Kapazitäten wurden unter anderem folgende Argumente genannt:

- Schwierige Suche nach passenden Immobilien,
- Probleme bei der Investitionsförderung sowie
- die oftmals erfolglose Suche nach geeignetem medizinischen Fachpersonal.

Weiterer Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Betten und Plätzen:

Es wird ein zunehmender Bedarf für die Behandlung verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher proklamiert. Dieser Bedarf wurde bislang jedoch empirisch nicht belegt. Die Krankenhausseite weist auf gestiegenen Aufnahmepressur durch

- kürzere Verweildauern und
- lange Wartelisten in den Einrichtungen.

Aus Sicht der Ersatzkassen und übrigen Krankenkassen/-verbände ist jedoch kein gesteigener Bedarf festzustellen. Richtig ist, dass die Fallzahlen seit Jahren stetig ansteigen, aber sinkende Verweildauern dies in der Kapazitätsbetrachtung kompensieren.

Ein über die Planung von 567 Betten/Plätzen hinausgehender Bedarf ist für die Verbände der Krankenkassen nicht nachvollziehbar. Von Seiten der Krankenhäuser wird mit langen Wartezeiten argumentiert. Hierbei ist jedoch anzunehmen, dass sich Patienten in mehrere Wartelisten aufnehmen lassen, weil sie sich so eine frühere Behandlungsaufnahme erhoffen. Dieses Phänomen der Wartelisten ist aus Zeiten prosperierender herzchirurgischer Kapazitäten bekannt, bei der dieselben Patienten bundesweit auf diversen Listen geführt wurden. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich bestehende Wartelisten nach Inbetriebnahme der zusätzlichen 51 Plätze und 30 Betten deutlich reduzieren werden. Erst danach kann im Rahmen einer weiteren Bedarfsanalyse festgestellt werden, ob es einen darüber hinausgehenden Bedarf an stationären Kapazitäten gibt.

Oberste Priorität hat die Umsetzung der bereits geplanten Kapazitäten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Bescheide schon vor Jahren (im Höchstfall vor 10 Jahren) erteilt wurden, die Krankenhausträger diese nicht umsetzen konnten und nun der Ruf

nach zusätzlichen Kapazitäten laut wird. Sofern eine Umsetzung in absehbarer Zeit nicht möglich sein sollte, müssten u. E. sowohl der „Beschiedene“ als auch der „Bescheidende“ ernsthaft über eine Rückgabe oder Rücknahme der Versorgungsbescheide nachdenken. Vielleicht

gibt es Krankenhausträger, die eine schnellere Umsetzung erreichen können.

Die Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist regional unterschiedlich. Bevor zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden, ist eine bedarfsge-rechte Verteilung der Kapazitäten zu prüfen.

Ganzheitliche Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

In der Diskussion der AG Psychiatrie stellte das HMAFG fest, dass der Fokus auf der ganzheitlichen Betrachtung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liege. Ein funktionierendes Case-Management betreffe nicht nur den stationären Bereich, sondern auch Kindereinrichtungen, Schulen, die Familie, Jugendämter, Sozialämter, Sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Ärzte, die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Wiedereingliederungshilfe und zuletzt die Forensik. Die Ersatzkassen und übrigen Krankenkassen/-verbände in Hessen haben diese ganzheitliche Betrachtung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ausdrücklich begrüßt. Nur durch die effektive Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen und differenzierte Kostenträgerzuständigkeiten lässt sich eine Verbesserung der derzeitigen Situation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreichen. Allerdings greift die reine Forderung nach mehr stationären Kapazitäten nicht, wenn es um die Verbesserung der Versorgungsqualität geht. Stattdessen sollte ein Hauptkriterium der weiteren Tätigkeit der Arbeitsgruppe die Verbesserung von präventiven Maßnahmen sein.

Zu Hinterfragen ist aus unserer Sicht, wie in einer Gesellschaft, in der es weitgehend keine existenzielle Not im Sinne der klassischen Bedürfnispyramide gibt, eine zunehmende Anzahl von Kindern in psychische Not gerät. Kinder bilden die Keimzelle unserer Zukunft und brauchen emotionale Zuwendung und Angenommensein vom Anfang ihres Lebens an.

Die „Super-Nannies“ der Nation zeigen, dass auch ein lebhaftes Kind das Recht hat, angenommen zu werden und nicht durch die möglicherweise vor-schnelle Einordnung in die Schublade ADHS oder „verhaltensauffällig“ zum Patienten deklariert zu werden.

Dazu müssen Kinder durch ihre Eltern auch Grenzen gesetzt bekommen. Dies trägt wesentlich zur Sozialisierung bei. Kindern Grenzen zu setzen und diese konsequent und ohne körperliche oder psychische Härte auch durchzusetzen ist zwar eine tägliche Mühe, für die Entwicklung der Fähigkeit zum harmonischen Zusammenleben mit anderen aber unerlässlich.

IMPRESSUM

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