C 21156 F

report
sachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Wie gesund ist Sachsens Gesundheitssystem?

Müssen sich die Sachsen in Zukunft tatsächlich Sorgen um ihre Gesundheit und eine gute medizinische Versorgung machen? Das zumindest suggeriert ein aktuelles Gutachten der BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vor kurzem veröffentlicht wurde. Hier wurde anhand ausgewählter Daten und Indikatoren die Position Deutschlands im Vergleich zu anderen europäischen Ländern verglichen. Mittels der „Offenen Methode der Koordinierung" werden der Zugang der Bevölkerung zu gesundheitlicher Versorgung sowie Qualitätsorientierung und finanzielle Nachhaltigkeit untersucht. Erstmals wurden die auf EU-Ebene ausgewählten Indikatoren auch für die deutschen Bundesländer in ihren regionalen Wirkungen aufbereitet. Der Freistaat Sachsen schneidet dabei im Vergleich zu den anderen Bundesländern nur mittelmäßig ab.

Das Bild, das die Studie den Sachsen malt, ist ziemlich düster. Gerade mal bei der Säuglingssterblichkeit liegt der Freistaat gemeinsam mit Bayern und Baden-Württemberg mit der niedrigsten Sterblichkeitsrate deutschlandweit an der Spitze. In vielen anderen Kategorien landet Sachsen gerade mal im Mittelfeld oder belegt die hinteren Ränge.

In dieser Ausgabe

- **Titelthema:**
  Wie gesund ist Sachsens Gesundheitssystem?
  BASYS-Gutachten eignet sich nicht für den Gesundheitsvergleich zwischen den Bundesländern
- **Flächendeckendes Mammografie-Screening auch in Sachsen**
- **Kurz und knapp:**
  Informationen über die Arbeit der Landesvertretung
- **Ambulante Behandlung im Krankenhaus**
  – Neuregelung § 116 b SGB V
- **Pflegen in Sachsen**

Fest steht ohne Zweifel, dass der Freistaat Sachsen in Gegenwart und Zukunft, mehr als andere Bundesländer, besondere Herausforderungen zu meistern hat. Abnehmende Einwohnerzahlen in ganz Sachsen gehen einher mit einem höheren Durchschnittsalter der Bevölkerung. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel und Pflege werden weiter steigen und der demografische Wandel wird auch vor der sächsischen Ärzteschaft keinen Halt machen. Allerdings trifft die

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Studie keine Unterscheidung zwischen ambulantem und stationären Bereich sowie in Behörden, Körperschaften und ähnlichen Einrichtungen tätigen Ärzten.

Sicherlich weist Sachsen eine geringere Arztdichte als andere Bundesländer auf. Aber sagen denn die Arztdichte oder die Anzahl der Gesundheitseinrichtungen im Lande tatsächlich etwas zur Qualität der Gesundheitsversorgung aus? Quantität ist nicht gleich Qualität. Was sagt die Zahl der Krankenhausbetten im Verhältnis zur Bevölkerungszahl aus, wenn nicht hinterfragt wird, ob die Betten auch tatsächlich notwendig bzw. ausgelastet sind? Mehr Betten bedeuten nicht per se auch eine bessere Versorgung. Auch hier gilt, Quantität ist nicht gleich Qualität. Erst eine bedarfsgerechte und effiziente Planung führt zu einer qualitativ hohen und am medizinisch Notwendigen orientierten medizinischen Versorgung. Sachsen belegt beispielsweise mit einer niedrigen Verweildauer im Krankenhaus und der Bettenauslastung einen Spitzenplatz. Hier sind Wirtschaftlichkeitsreserven im System erschlossen worden und die Krankenhauslandschaft rechtzeitig den demografischen Gegebenheiten und Entwicklungen angepasst worden. Ebenso ist die Ausstattung der Krankenhäuser mit notwendiger medizinischer Technik auf einem hohen Niveau. Erst kürzlich kam Sachsen bei einem bundesweiten Krankenhausvergleich mit drei Kliniken unter die Top Ten. Das ist der Maßstab, mit dem Sachsen deutschlandweit antritt.

Auch die Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich ist nicht hoffnungslos. Es ist nicht von der Hand zu weisen, in einigen ländlichen Gebieten Sachsens besteht die Gefahr einer „drohenden Unterversorgung“ sowohl bei Haus- (vgl. Tab. 1) als auch bei Fachärzten. Dazu heißt es in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ in der Neufassung vom 15. Februar 2007 in § 29: „Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.“

Gefahr erkannt, Gefahr gebannt? So einfach ist es nun auch wieder nicht. Die Akteure im Gesundheitswesen kennen sehr wohl diesen Umstand und steuern mit verschiedenen Maßnahmen aktiv dagegen. In gefährdeten Planungsbereichen wird die Niederlassung von Haus- und Fachärzten finanziell unterstützt (wir berichteten bereits in der vergangenen Ausgabe darüber). Hausärztliche Praktika von Medizinstudenten werden ebenso gefördert wie Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin, wenn sie in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet ihren Weiterbildungsabschnitt absolvieren und im Anschluss in einem solchen Gebiet vertragsärztlich tätig werden. Und nicht

Der Kommentar

Ulrike Elsner, Leiterin der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen

Einwurf

Man kann es drehen und wenden wie man will, es bleibt dabei: Egal ob Gutachten, Studie oder Analyse, sie helfen nur weiter, wenn sie eine umfassende und qualitativ gesicherte Datenbasis zur Grundlage haben. Erst diese Datenbasis ermöglicht eine entsprechende Wertung und Nutzung der Ergebnisse. Deshalb sollten wir die Aussagen über das sächsische Gesundheitswesen im aktuellen Gutachten der BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums nicht überbewerten.

Es war noch nie richtig, lediglich mengenmäßige Ergebnisse miteinander zu vergleichen, ohne sogenannte weiche oder qualitative Faktoren in die Analyse einzubeziehen.

Die Probleme und Herausforderungen der medizinischen Versorgung in Sachsen sind hinlänglich bekannt. Alle Akteure im Gesundheitswesen in der Politik, bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen arbeiten daran und wir sollten uns unsere Erfolge dabei nicht kleinreden lassen.

zuletzt das Modellprojekt AGnES (arztentlastende, gemeindenahe, e-healthgestützte, systemische Intervention oder einfach die allseits bekannte Gemeindeschwester) ist Beleg für die Anstrengungen in Sachsen, eine qualitativ hochwertige und an den wirtschaftlichen Notwendigkeiten orientierte medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich im ganzen Freistaat zu sichern.

Doch nicht nur im Arzt- und Krankenhausbereich werden Anstrengungen unternommen, die Gesundheit der Sachsen kontinuierlich zu verbessern. Die Politik hat die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention beizeiten erkannt. So hat die in Sachsen amtierende Große Koalition von CDU und SPD die „Gesundheitsziele Sachsen" in die Koalitionsvereinbarung aufgenommen. Die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen", „Tabakkonsum verringern", „Gesundheitsförderung für Arbeitslose", „Diabetes mellitus" und „Brustkrebs" beziehen weite Kreise der Bevölkerung und wichtige Bereiche des gesellschaftlichen Lebens in die Gesundheitsvorsorge ein.

Auch die Gesetzliche Krankenversicherung, allen voran die Ersatzkassen, tragen mit zusätzlichen Versorgungsangeboten für ihre Versicherten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention dazu bei, den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung weiter zu verbessern. Verträge der Integrierten Versorgung, kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, das Mammografie-Screening für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, die Kostenübernahme bei Schutzimpfungen u. v. m. sind Ausdruck der Anstrengungen der Ersatzkassen.

Nur ein äußeres, dafür aber deutliches, Anzeichen für eine stetige qualitative Verbesserung der Lebensumstände und des Gesundheitszustandes in Sachsen ist die Feststellung, dass allein von 1997 bis 2007 die durchschnittliche Lebenserwartung der sächsischen Frauen von 78,65 Jahre auf 82,00 Jahre und die der sächsischen Männer von 71,44 Jahre auf 75,58 Jahre angestiegen ist, Tendenz weiter steigend.

Solche Tatsachen hat das BASYS-Gutachten bei der Bewertung des Gesundheitssystems leider nicht beachtet. Die oberflächliche Analyse und Verallgemeinerung ohne Beachtung regionaler Besonderheiten spiegelt nicht die wirklichen Bedingungen in Sachsen wider. Am Schluss relativieren die Verfasser des Gutachtens ihre Ergebnisse und Aussagen selber: „Unter einer zu großen Anzahl von Indikatoren leidet die Transparenz. ... Qualität, Prävention, Innovation sowie Personaleinsatz und Wirtschaftlichkeit sind Themenbereiche, die im gegenwärtigen Indikatoreneinsatz nicht ausreichend abgebildet werden. Eine Weiterentwicklung des OMK-Indikatorenansatzes ist hier notwendig." Aha!

Planungsbereich	Stand 21.09.07	ohne Ärzte 60+
Chemnitz Stadt	106,6 %	80,2 %
Plauen/Vogtlandkreis	110,6 %	75,7 %
Zwickau Stadt	109,1 %	79,2 %
Annaberg	125,5 %	86,9 %
Chemnitz Land	114,0 %	88,7 %
Freiberg	104,2 %	69,6 %
Mittlerer Erzgebirgskreis	107,4 %	74,3 %
Mittweida	110,4 %	75,0 %
Stollberg	116,1 %	74,2 %
Aue-Schwarzenberg	108,5 %	79,6 %
Zwickau Land	112,2 %	82,2 %
Dresden Stadt	101,5 %	76,3 %
Görlitz/NOL	102,2 %	72,1 %
Hoyerswerda/Kamenz	105,4 %	85,3 %
Bautzen	111,0 %	86,3 %
Meißen	112,0 %	78,7 %
Riesa-Großenhain	102,5 %	79,2 %
Löbau-Zittau	111,8 %	82,4 %
Sächsische Schweiz	112,3 %	79,1 %
Weißeritzkreis	104,9 %	84,5 %
Leipzig Stadt	109,1 %	80,7 %
Delitzsch	113,4 %	70,4 %
Döbeln	93,9 %	69,2 %
Leipzig Land	110,4 %	91,2 %
Muldentalkreis	109,6 %	71,9 %
Torgau-Oschatz	93,2 %	54,5 %

Tab. 1 Versorgungssituation Hausärzte

Die Probleme und Herausforderungen für eine weitere Verbesserung der Versorgungssituation bleiben. Lösungsvorschläge liegen auf dem Tisch. Das ist notwendige Voraussetzung für die Gestaltung der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung der Zukunft, zum Nutzen der Sachsen. Die Ersatzkassen und ihre Verbände (VdAK/AEV) in Sachsen werden sich weiter engagiert in diesen Prozess einbringen.

Neues Vorsorgeangebot für sächsische Frauen

Erfolgreicher Start des Mammografie-Screenings

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa 10 % aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Allein 2006 gab es deutschlandweit rund 55.000 Neuerkrankungen.

Seit 1. Juli 2007 gibt es auch für sächsische Frauen ein weiteres Vorsorgeangebot zur Brustkrebs-Früherkennung. Das Mammografie-Screening ist das erste bevölkerungsbezogene Früherkennungsangebot für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren in Sachsen. Jede Frau dieser Altersgruppe mit Wohnsitz in Sachsen wird zukünftig im Abstand von zwei Jahren zum Screening eingeladen.

Das Mammografie-Screening ist ein zusätzliches Angebot zur jährlichen Krebs-Früherkennungsuntersuchung durch Frauenärztin oder -arzt und der Selbstuntersuchung der Brust. Die Teilnahme ist freiwillig und für die anspruchsberechtigten Frauen kostenlos. Alle entstehenden Kosten werden im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes übernommen, eine Praxisgebühr entfällt hierbei. Ein für die Frauen besonders wichtiger Qualitätsaspekt ist, dass alle Mammografien doppelbefundet werden. D. h., zwei Ärzte begutachten die Mammografie und befunden sie unabhängig voneinander.

Derzeit arbeiten vier Screening-Einheiten in Chemnitz, Dresden, Leipzig sowie für Ostsachsen in Pirna. Für Westsachsen ist die Eröffnung einer weiteren Screening-Einheit im Dezember diesen Jahres in Zwickau geplant (s. Tabelle).

Die Versorgungsaufträge der programmverantwortlichen Ärzte wurden im Herbst 2006 im Mitteilungsheft der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KV Sachsen) ausgeschrieben. Nach Prüfung der vorgelegten Konzepte durch die KV Sachsen, die AOK Sachsen, die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen und den MDK Sachsen wurden die Versorgungsaufträge für die jeweiligen Screening-Einheiten vergeben.

Sachsens Sozialministerin Helma Orosz und Dr. Marc Amler, Leiter der überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Radiologie, Marienstraße/Loschwitzer Straße, bei der Eröffnung des Mammografie-Zentrums in Dresden (Foto: SMS)

Nach kurzer Vorbereitungszeit konnten die Screening-Einheiten Chemnitz und Dresden bereits zum 1. Juli 2007 mit einem Kernteam die Arbeit aufnehmen. Mit Beginn des 4. Quartals starteten die Screening-Einheiten in Leipzig und Pirna. Bis zum Jahresende werden alle fünf Screening-Einheiten in Sachsen tätig sein und das Mammografie-Screening flächendeckend angeboten werden.

Screening-Einheit	Programmverantwortlicher Arzt	Adresse	Standort
Chemnitz	Frau Dr. Kindel / Frau Dr. Kotrini	Markersdorfer Str. 124, 09122 Chemnitz	Chemnitz-Stadt
Dresden	Herr Dr. Geidel	Marienstr. 20, 01067 Dresden	Dresden-Stadt
Leipzig	Frau Dr. Bayer / Frau Dr. Englisch	Georg-Schwarz-Str. 49, 04177 Leipzig	Leipzig-Stadt
Ostsachsen	Frau Dr. Große / Herr Dr. Näke	S.-Rädel-Str. 11, 01796 Pirna	Pirna
Westsachsen	Herr Dr. Diedrich	Werdauer Str. 68, 08060 Zwickau	Zwickau

Tab. Screening-Einheiten in Sachsen

Detaillierte Informationen zum Arbeitsstand der Screening-Einheiten erhalten Sie unter: http://www.vdak-aev.de/LVen/SAC/index.htm.

Jede Screening-Einheit wird von einem programmverantwortlichen Arzt geleitet und gliedert sich in mehrere Standorte zur Erstellung der Mammografien (Aufnah-

meeinheiten) sowie mehrere Ärzte, die die Befundung vornehmen. Die Screening-Einheit Chemnitz wird die erste Einheit sein, die eine mobile Aufnahmeeinheit einsetzt, um die Frauen vor Ort ohne lange Anfahrtswege zu untersuchen.

Die Zentrale Stelle zur Durchführung des Einladungswesens ist bei der KV-Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz angesiedelt. Die Mitarbeiterinnen der Zentralen Stelle sind umfassend sowohl zu medizinischen Schwerpunkten als auch zur Gesprächsführung geschult. Die Zentrale Stelle übernimmt somit nicht nur die Terminkoordination, sondern ist gleichzeitig eine wichtige Anlaufstelle für Frauen mit ihren Fragen und Sorgen zum Thema Mammografie-Screening.

Für ratsuchende Frauen wurde die **Infohotline 0371 / 91 85 09 99** eingerichtet. Bislang hat die Zentrale Stelle alle anstehenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Einladung und Beratung erfolgreich bewältigt.

Probleme bereitet nach wie vor die Bereitstellung der Meldedaten für die Einladungen der anspruchsberechtigten Frauen. Der Beitrag des Freistaats darf nicht nur die ideelle Unterstützung des Projekts sein, sondern die Meldedaten müssen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Krankenkassen erwarten zu diesem Punkt konstruktive und lösungsorientierte Gespräche.

Kurz und knapp

Abrechnungsmanipulation: Das Thema Abrechnungsmanipulation nimmt leider einen immer höheren Stellenwert ein. Bereits 2001 hat sich eine Arbeitsgruppe der Ersatzkassen konstituiert. Hier werden die Aktivitäten und Kompetenzen der Ersatzkassen zur Aufdeckung von Abrechnungsmanipulationen in Sachsen gebündelt. Erst 2004 hat der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet, Abrechnungsmanipulationen aufzuspüren und Verdachtsmomenten mit entsprechendem Nachdruck nachzugehen.

In Sachsen wurden vor allem Fälle von Leistungserbringung ohne Qualifikationsnachweis und Abrechnung von Leistungen für bereits Verstorbene entdeckt und aufgeklärt. Im Jahr 2007 sind im ersten Halbjahr 45 neue Verdachtsfälle, mit dem Schwerpunkt im Heilmittelbereich, entdeckt worden.

Selbsthilfeförderung: Die Ersatzkassen und ihre Verbände (VdAK/AEV) in Sachsen haben in diesem Jahr rund 125.000 Euro für die Förderung von Landesverbänden der Selbsthilfe und den Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen ausgegeben. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Steigerung von fast 25 %. Unter den geförderten Organisationen sind u. a. Selbsthilfeorganisationen wie Rheumaliga Sachsen e. V. und Sächsische Krebsgesellschaft e. V..

Prävention: Die gemeinsame Ausstellung der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. und der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen, „Trinklimit! Oder es wird peinlich.“, war vom 4. bis zum 25. September 2007 mit großer Resonanz im Sozialministerium zu sehen.

Projekt Gemeindeschwester: Das Modellprojekt „Gemeindeschwester im Freistaat Sachsen“ ist Ende Juni 2007 gestartet. Zu diesem Zeitpunkt waren die Regionen und die teilnehmenden Ärzte ausgewählt. Aktuell sind sechs Hausärzte und 3,5 Gemeindeschwestern in das Projekt eingebunden. Ziel des Projektes ist es erstens zu eruieren, inwieweit Ärzte Aufgaben delegieren können und die Versorgung der Patienten dadurch verbessert wird und zweitens, die Entwicklung einer Zusatzqualifikation für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie ArzthelferInnen und medizinische Fachangestellte voranzutreiben. Diese Zusatzqualifikation soll unter realitätsnahen Bedingungen in unterversorgten bzw. drohend unterversorgten Regionen konkret definiert und gestaltet werden. Die modernen Gemeindeschwestern übernehmen nach Anweisung der teilnehmenden Hausärzte in Delegation insbesondere Hausbesuche bei Patienten.

Die Finanzierung des Projekts wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt.

Frühförderung: Bislang sind im Freistaat Sachsen mit 35 Interdisziplinären Frühförderstellen vertragliche Regelungen geschlossen worden. Ziel der Ersatzkassen ist es, Kindern mit Entwicklungsstörungen oder Behinderungen frühzeitig Hilfe auf der Basis eines ganzheitlichen Konzepts anzubieten. Vor allem behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder werden ab Geburt bis zum Schuleintritt intensiv betreut und gefördert.

Grundlage der Frühförderung ist die „Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ vom 1. Oktober 2005.

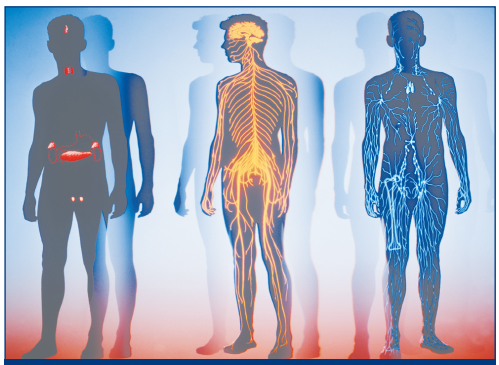
Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Umsetzung der Neuregelung des § 116 b SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Den Krankenhäusern in Sachsen hat bereits das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) mit den Regelungen des § 116 b Absatz 2 SGB V die Möglichkeit eröffnet, hoch spezialisierte Leistungen ambulant erbringen zu können. Voraussetzung hierfür waren Verträge mit den Krankenkassen.

Auf dieser Basis haben die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen mit Wirkung zum 1. Januar 2005 mit den beiden Universitätskliniken in Leipzig und Dresden bereits einen „Vertrag über die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennungsmaßnahmen von Ratsuchenden mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs“ geschlossen.

Nach der neuen Fassung des § 116 b Abs. 2 SGB V lt. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind nunmehr zugelassene Krankenhäuser seit dem 1. April 2007 berechtigt, nach § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V definierte, hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant zu behandeln, wenn und soweit die Krankenhäuser auf Antrag des Krankenhausträgers im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden sind. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Ziel ist in jedem Falle eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten.



§ 116 b SGB V ermöglicht in speziellen Fällen ambulante Behandlungen im Krankenhaus

Unverändert liegt die Richtlinienkompetenz beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), wobei per GKV-WSG künftig in den Richtlinien die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a SGB V in Verbindung mit § 137 SGB V zu regeln sind.

Für die Krankheitsbilder Mucoviszidose, Hämophilie, Pulmonale Hypertonie sowie das Marfan-Syndrom liegen bereits Konkretisierungen und festgelegte Qualitätsanforderungen – inklusive Mindestmengenregelungen – in Form von GBA-Richtlinien vor. Sie sind mittlerweile per Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft getreten.

Für weitere in § 116 b SGB V aufgeführte Erkrankungen wie Morbus Wilson und primär sklerosierende Cholangitis liegen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, stehen jedoch noch unter dem Vorbehalt der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger. Die jeweiligen Beschlüsse bzw. Richtlinien können auf der Homepage des G-BA (www.g-ba.de) abgerufen werden.

Im Freistaat Sachsen liegen bereits mehrere Anträge für ambulante Behandlungen im Krankenhaus nach § 116 b SGB V vor. Derzeit befasst sich der Krankenhausplanungsausschuss mit der Umsetzung. Mit dem Sächsischen Sozialministerium wurden erste orientierende Punkte zum Anforderungsprofil von Anträgen sowie zum weiteren Verfahrensweg abgestimmt.

So muss u. a. ein Antrag des Krankenhausträgers vorliegen, in dem die Leistungen und Erkrankungen nach § 116 b SGB V definiert werden. Es muss sich um ein gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassenes und geeignetes Krankenhaus handeln.

Da nach § 116 b Abs. 2 Satz 1 SGB V das Krankenhaus unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen ist, muss die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen angehört und die Bedarfssituation in der ambulanten Versorgung ermittelt werden. Es ist eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten anzustreben, so dass sich das Verfahren an der bisherigen Praxis der Krankenhausplanung in Sachsen orientiert.

Die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen werden von ihrem bestehenden Mitwirkungsrecht gezielt Gebrauch machen und zur Führung einer sachlich und fachlich fundierten Diskussion sowie zur Begründung der Entscheidungen detaillierte Informationen über den Gegenstand der Anträge einfordern. Es gilt, die Richtlinien des G-BA umzusetzen und die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Anforderungen anzuwenden.

Pflegen in Sachsen

Deutschland weist heute weltweit den dritthöchsten Anteil über 60-Jähriger auf und liegt beim Durchschnittsalter auf Rang vier. Dabei ist es insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen, deren Anteil überproportional anwächst. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Mio. Menschen bzw. 3,1 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. In zwanzig Jahren wird sich das Verhältnis noch weiter verschoben haben. Dann werden es rund 5,1 Mio. Menschen bzw. knapp 6,3 % sein und ein langes Leben immer mehr zur Normalität. Damit einhergehend wird auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen anwachsen. Schon derzeit leben in Deutschland 2,1 Mio. Pflegebedürftige. Bis zum Jahr 2030 wird ihre Zahl auf 3,1 Mio. steigen (BMGS 2003). Die Zahlen bzw. Entwicklungen im Freistaat Sachsen unterscheiden sich kaum von diesen Tendenzen. Im Gegenteil: Auf Grund der derzeitigen Altersstruktur in Sachsen werden viele Entwicklungen hier früher und massiver eintreten als anderswo. So hat der Freistaat bereits jetzt mit 44 Jahren das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung aller Bundesländer. Prognosen sagen einen Anstieg bis 2020 auf 49 Jahre voraus. Der Anteil der Hochaltrigen in Sachsen liegt dann bei etwa 9 Prozent.

Der demografische Wandel unserer Gesellschaft bedeutet, dass das Risiko chronischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter wächst, ebenso wie die Gefahr von Multimorbidität. Dies wiederum bedeutet eine erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen und funktionellen Einbußen. Insbesondere bei Personen über 80 Jahren kommt es damit einhergehend oftmals zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit.

Umso dringender ist es, den Ausbau der Infrastruktur im Pflegesektor weiter voranzutreiben und den aktuellen wie zukünftigen Entwicklungen anzupassen.

Reform der Pflegeversicherung

Die Große Koalition von CDU und SPD in Berlin hat neben der Reformierung des Gesundheitswesens auch die Reform der Pflegeversicherung auf ihrer Agenda. Nach zwölf Jahren Pflegeversicherung ist es höchste Zeit, auf die neuen gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen zu reagieren. Der aktuell vorliegende Referentenentwurf weist in vielen Punkten in die richtige Richtung. ***Fortsetzung S. 8***

	RB Chemnitz	RB Dresden	RB Leipzig	Sachsen ges.
ambulante Pflegeangebote				
Pflegedienste u. Sozialstationen	413	338	224	975
Betreuungsangebote bei Einschränkung der Alltagskompetenz	215	137	82	434
teilstationäre Pflege				
Anzahl der Einrichtungen	48	53	35	136
Anzahl der Plätze	612	677	455	1.744
durchschnittliche Platzzahl	12,7	12,8	13,0	12,8
Kurzzeitpflege				
Anzahl der Einrichtungen	50	61	22	133
Anzahl der Plätze	453	643	197	1.293
durchschnittliche Platzzahl	9,1	10,5	9,0	9,7
vollstationäre Pflege				
Anzahl der Einrichtungen	198	200	126	524
Anzahl der Plätze	15.707	15.660	10.272	41.646
durchschnittliche Platzzahl	79,3	78,3	81,6	79,5
spezielle Einrichtungen				
Wachkoma				
Anzahl der Einrichtungen	7	7	2	16
Anzahl der Plätze	94	99	40	233
Wohnpflegeheime				
Anzahl der Einrichtungen	12	9	7	28
Anzahl der Plätze	227	222	142	591

Pflegestruktur in Sachsen

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 sind die Geld- und Sachleistungen nicht an die allgemeine Preisentwicklung angepasst worden. Für die Pflegebedürftigen bedeutet das eine „schleichende“ Entwertung der Leistungen um rund 30 % und eine kontinuierliche Erhöhung des Eigenanteils. Umso wichtiger ist die vorgesehene schrittweise Dynamisierung der Pflegeleistungen um zu verhindern, dass Pflegebedürftige in Zukunft wieder von der Sozialhilfe abhängig werden. Auch der neu hinzugekommene Anspruch für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz) trägt den realen Bedürfnissen Rechnung.

Kontroversen zwischen den beiden Koalitionspartnern sind beim kurzfristigen Freistellungsanspruch von 10 Tagen bei Eintritt eines Pflegefalls sowie der unbezahlten Freistellung von der Arbeit für sechs Monate vorprogrammiert. Aus Sicht der Betroffenen sind diese Vorhaben durchaus begrüßenswert, wird doch dadurch die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege gefördert. Es ist dringend notwendig, in dem komplexen System von Hilfen und Angeboten zur Pflege, den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen mehr Orientierung zu geben. Deshalb unterstützen die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) die vorgesehene Einführung von Pflegestützpunkten und die Bereitstellung von Pflegebegleitern. Hierbei sollten jedoch die vorhandenen Strukturen der Pflegekassen genutzt und ein weiterer Ausbau der Bürokratie durch neue, aufgesetzte Strukturen vermieden werden. Was die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) vermissen, sind eindeutige Regelungen, die einen Ausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung schaffen. Zum Vergleich: Betragen die monatlichen Ausgaben bei der sozialen Pflegeversicherung ca. 258 Euro pro Versicherten, sind es bei der privaten Pflegeversicherung nur rund 58 Euro pro Versicherten. Dazu kommen erkleckliche Rücklagen.

Mit den geplanten Weichenstellungen wird sich auch die Pflege in Sachsen verändern. Es bleibt zu hoffen, dass sich vor allem die Qualität der Pflege weiter verbessert. Die Voraussetzungen für häufigere und unangemeldete Kontrollen der Leistungserbringer sollen geschaffen werden. Letztlich muss die Reform vor allem eines bewirken: Verbesserungen und Erleichterungen im Sinne der Pflegebedürftigen.

Bücher

Für alle Kassen und privat: „Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt“

Dr. med. Eckart von Hirschhausen
Langenscheidt Sprachführer Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt
Lachen wenn der Arzt kommt
Langenscheidt Verlag München,
ISBN: 978-3-468-72177-8,
128 Seiten

Was meint mein Arzt, wenn er mit mir spricht? Egal, ob der Orthopäde beim Betrachten des Röntgenbildes „Oh!“ sagt oder die Chefarztvisite 2,8 Sekunden dauert: Die Medizin unserer Tage hat ein Kommunikationsproblem:

Der Arzt und Kabarettist von Hirschhausen erklärt, wovon Mediziner, Politiker, Krankenversicherungen und Pharmavertreter wirklich reden. Kein Zufall, dass der Langenscheidt-Sprachführer „Arzt-Deutsch / Deutsch-Arzt“ genau zur Reformierung der deutschen Volksgesundheit am 1. April 2007 erschienen ist.

Schließlich ist Lachen die beste Medizin.
Gilt für Kassen- und Privatpatienten!

Blaues L auf weißem Kittel: Blendend informiert und heiter-sarkastisch tritt Dr. med. Eckart von Hirschhausen seinen Dienst beim Münchner Sprachenverlag an. Gerade weil er selbst Doktor der Medizin ist, legt er seine Finger in die Wunden des modernen Gesundheitssystems.

Mit der rezeptfreien Verständigungshilfe im Sprachführer-Format leistet er die allerorts nötige „Erste Hilfe“. Frei nach dem Motto: Heilkunst ist die Kunst, dem Patienten die Zeit zu vertreiben, die der Körper braucht, um sich selbst zu heilen“, mokiert er sich über den Terminologieschwachsinn der Medizinwelt und kitzelt seinen Lesern damit gründlich die Lachmuskeln.

Von A bis Z erfahren die Leser alles über Macht und Raffinesse des blütenweißen Supermann-Kittels oder über den Titelterror in der Ärztezunft. Wer die Krankenhaushierarchie kapiert – oder die versteckten Botschaften in Beipackzetteln –, der steigert seine Chancen auf Gesundung enorm. Auf der Suche nach der richtigen Praxis beachte der Patient unbedingt die Zeitschriftenauswahl im Wartezimmer.

Impressum

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des VdAK/AEV
Glacisstraße 4 · 01099 Dresden
Telefon: 03 51 / 8 76 55-0 · Telefax: 03 51 / 8 76 55-43
E-Mail: LV_Sachsen@vdak-aev.de
Verantwortlich: Ulrike Elsner · Redaktion: Holger Kuschel