

report sachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2006

ersatzkassen

Zu viel oder zu wenig? Oder: Woran mangelt's tatsächlich.

Schenkt man den Aussagen vieler Zeitgenossen Glauben, steht das Gesundheitswesen in Deutschland kurz vor dem Abstieg in die Regionalliga. „Mercedes zahlen und VW fahren“ ist nur eines von vielen Synonymen für das Verhältnis von Preis und Leistung im deutschen Gesundheitswesen. Deutschland nur noch drittklassig? Was ist dran an diesen Aussagen? Ist es nicht gefährlich, gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Struktur- und Finanzierungsdebatten die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit des derzeitigen Systems in Frage zu stellen?

Oft werden in den öffentlichen Diskussionen andere Länder als Beispiel für ein besser finanziertes und besser funktionierendes Gesundheitswesen genannt. Gerade Holland und die Schweiz sind aktuelle Beispiele dafür. Allerdings werden dabei meist nur Einzelaspekte hervorgehoben, eine Gesamtübersicht über alle Kosten und Leistungen fehlt. Ein schlichter Blick auf die Zahlen belegt, dass viele Argumente sowohl der Politik als auch der Ärzte falsch sind. So stellte das Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel unlängst anhand einer Untersuchung fest, dass Deutschland

In dieser Ausgabe

- Wie weiter in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- „Trinklimit! Oder es wird peinlich.“ – Ersatzkassen fördern Präventionsprojekte
- Aktuelles zum Vertragsgeschehen
- Löbau-Zittau ist Testregion für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

allein schon auf Grund seiner hohen Arztdichte das höchste Versorgungsniveau bei den Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich besitzt. Lediglich in bestimmten ländlichen Regionen, auch im Freistaat Sachsen, sind in den kommenden Jahren Versorgungsengpässe zu erwarten. Im Vergleich mit 14 anderen hoch entwickelten Ländern besitzt Deutschland z. B. den umfassendsten Leistungskatalog und die höchste Facharztdichte. Genauso gibt es keine Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin.

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

Auch die Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte ist nicht so schlecht, wie es allenthalben von den Ärzten dargestellt wird. So liegt das Durchschnittseinkommen der niedergelassenen Vertragsärzte in den neuen Ländern bei rund 78.268,00 Euro. Es ist damit deutlich höher als z. B. das Einkommen von Arbeitnehmern, das in Deutschland bei rund 32.834,00 Euro liegt. Dazu kommt, dass die Honorare sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten seit 1999 kontinuierlich jedes Jahr gestiegen sind. Welcher Freie Beruf kann das in dieser Konstanz schon für sich in Anspruch nehmen?

Das Bemühen der großen Koalition, in den kommenden Jahren den Bundeshaushalt zu sanieren, ist sicher richtig und verdient Unterstützung von allen Beteiligten, auch im Gesundheitswesen. Die Sparoperationen bzw. Steuererhöhungen dürfen aber nicht einseitig auf dem Rücken der Sozialversicherungen ausgetragen werden. Es widerspricht dem Ziel, die Gesetzliche Krankenversicherung zu konsolidieren, wenn ihr zukünftig der Steuerzuschuss für familienpolitische Maßnahmen vorenthalten wird und sie darüber hinaus durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch für Arzneimittel ab 2007 zusätzlich belastet wird.

DER KOMMENTAR



Ulrike
Elsner,
Leiterin
der Lan-
desver-
tretung
Sachsen

Intelligente Lösungen der Selbstverwaltung gefragt

Ist die solidarische gesetzliche Krankenversicherung so sehr erkrankt, dass als Therapie nur eine Radikalreform bleibt? Die Diagnose wird von den Gesundheitsexperten parteiübergreifend mit demselben Ergebnis gestellt: Wir geben mehr Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung aus als wir einnehmen. Insbesondere die Ausgaben für Arzneimittel und die Behandlung in Krankenhäusern weisen jährlich Steigerungsraten auf, die weit über den Einnahmeerhöhungen der

Gesetzlichen Krankenversicherung liegen, welche sich im Wesentlichen aus den Gehaltssteigerungen der Beschäftigten ergeben. Auch der Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse von 400.000 pro Jahr lässt höhere Einnahmen der Solidargemeinschaft gar nicht erst zu. Und nicht zu vergessen: Die Gesetzliche Krankenversicherung wird von der Politik gern als Selbstbedienungsladen genutzt – jüngste Beispiele dafür sind die Rückführung des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer für familienpolitische Leistungen, die durch die Krankenversicherung finanziert wird, die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch für Arzneimittel ab 2007 und die nicht kostendeckenden Krankenversicherungsbeiträge für ALG-II-Empfänger.

Als „Nottherapie“ bietet es sich an, entweder mehr Geld zu generieren oder die Ausgaben von rund 145 Milliarden Euro je Jahr bundesweit zu senken. Sicher ist der erste Weg der bequemere, befreit er doch davon, sich mit den unzähligen Lobby-Verbänden auseinanderzusetzen. Vor allem das derzeit diskutierte Fondsmodell wird mit diesem ersten Weg verbunden.

Dieses Modell führt aber nicht zu Mehreinnahmen, sondern in der Tendenz allein zu einer Verschiebung der Belastungen in Richtung der Versicherten. Bei allen Veränderungen auf der Einnahmenseite sollte sich die Politik vom Ziel der Solidarität und Gerechtigkeit leiten lassen.

Zuerst sollten jedoch auf der Ausgabenseite die Dynamik entschärft und Unwirtschaftlichkeiten abgebaut werden. Hier wird die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Leistungserbringern in Zukunft noch mehr als bislang gefordert sein. Denn: Die Politik setzt den Rahmen, die intelligente Umsetzung liegt allein in der Hand der gemeinsamen Selbstverwaltung. Diese Selbstverwaltung hat es bisher vermocht, auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen neue moderne Behandlungsverfahren ihren Versicherten anzubieten. Beispielhaft genannt sei der jüngst gefasste Beschluss zur Übernahme der Akupunktur bei der Schmerztherapie. Die gemeinsame Selbstverwaltung muss aber auch in der Lage sein, nicht bei allen Akteuren beliebte Entscheidungen zu treffen.

So gilt es, vor allen weiteren Belastungen der Bürger, sich zunächst um eine höhere Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu bemühen. Sei es durch den Abbau von Doppeluntersuchungen, sei es durch den Abbau medizinisch nicht erklärbarer Steigerung der Arzneimittelausgaben oder durch eine konstruktive Umsetzung des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes.

Hier muss die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer ihre Handlungsfähigkeit beweisen – zum Wohle der Versicherten!



Bereits auf dem Neujahrsforum in Dresden wurden von der Landesvertretung erste Vorschläge für eine mögliche Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgestellt. (v.l.n.r.: Helma Orosz, Sächsische Staatsministerin für Soziales; Ulrike Elsner, Leiterin der Landesvertretung Sachsen; Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des VdAK/AEV)

Auch das im Rahmen der Beratungen zur Finanzreform der GKV diskutierte Fondsmodell trägt nicht zur Konsolidierung bei. Ganz im Gegenteil: Es bringt zusätzlich einseitige Belastungen der Versicherten, einen zusätzlichen bürokratischen Verwaltungsaufwand beim Beitragseinzug und eine stärkere staatliche Regulierung.

Der vorliegende Vorschlag zum „Befüllen“ des Fonds birgt die Gefahr in sich, dass die Versicherten mit niedrigem Einkommen übermäßig belastet werden. Reicht das Geld für die medizinische Versorgung nicht aus, so muss die Krankenkasse eine Prämie vom Versicherten erheben.

Wachsende Einnahmeverluste oder Ausgabensteigerungen müssten damit zukünftig allein vom Versicherten über die Prämie finanziert werden. Diese Prämie würde sich sehr schnell verteuern. Bisher ist ein sozialer Ausgleich in dem bekannt gewordenen Modell nicht vorgesehen. Wenn dieser dann unter dem Druck der Prämienexplosion nachgeschoben würde, weil immer mehr Menschen diese Prämie nicht mehr aufbringen könnten, programmiert dies weitere Zusatzbelastungen für die Steuerzahler, verbunden mit bürokratischen Umverteilungen.

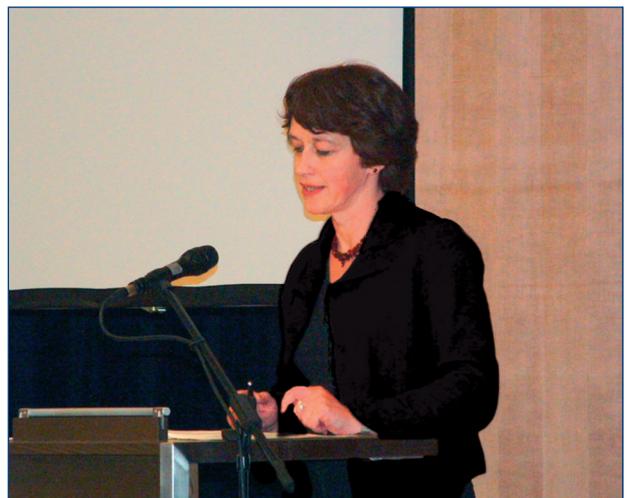
Es ist Konsens zwischen allen politischen Parteien, dass die GKV alle notwendigen, wirtschaftlichen und wirksamen medizinischen Angebote gewährt. Die jetzigen Überlegungen bergen allerdings die große Gefahr, dass der medizinische Fortschritt ausschließlich von den Versicherten, in der Regel von Patientinnen und Patienten, bezahlt werden soll. Damit würde die Politik billigend in Kauf nehmen, dass Schritt für Schritt in Deutschland wieder gelten würde: „Gesundheit ist eine Frage des Einkommens“.

Heute werden die Beitragssätze in der GKV durch demokratisch gewählte Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung festgesetzt. Die Abkehr von diesem Prinzip würde einen entscheidenden Schritt zur Verstaatlichung der GKV bedeuten. Das wird keine Vorteile bringen,

denn alle bisherigen Erfahrungen machen deutlich, dass die bedarfsgerechte und auf das Notwendige begrenzte Anpassung von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen unterbleibt, wenn den Krankenkassen faktisch ihre Finanzhoheit entzogen wird.

Die Ersatzkassen unterstützen ausdrücklich die Zielsetzung in der Koalitionsvereinbarung, unnötige Bürokratie zu eliminieren. Gerade vor diesem Hintergrund ist die in der Diskussion befindliche Fondslösung jedoch völlig unverständlich. Während heute die Krankenkassen den gemeinsamen Beitragseinzug für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung organisieren, müssten zukünftig drei parallele Einzugsverfahren installiert werden (Fonds, Prämie und übrige Sozialversicherungsbeiträge). Zugleich würde mit hohem Aufwand eine neue staatliche Fondsverwaltung mit wenig Bürgernähe aufgebaut werden. Staatlich eingezogene und verwaltete Finanzen verhalten sich jedoch zu einer Wettbewerbsausrichtung der Krankenkassen wie Feuer zu Wasser. Die Überlegung zur Einrichtung eines Gesundheitsfonds liegt auf der gleichen Linie wie Konzepte aus den Reihen der Koalition, die darauf abzielen, die Handlungsspielräume der Kassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung weiter einzuschränken, indem spiegelbildlich zum Gesundheitsfonds eine staatliche Regulierungsbehörde etabliert wird.

Woran mangelt es nun wirklich? Jedenfalls nicht an der Bereitschaft der Ersatzkassen, Vorschläge für die Neugestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu unterbreiten und dabei kooperativ mit der Politik zusammen zu arbeiten.



Frau Dr. Pfeiffer während ihres Vortrags auf dem Neujahrsforum

Hightech im Dreiländereck

Löbau-Zittau wird Testregion für die elektronische Gesundheitskarte

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein hochentwickeltes und leistungsfähiges System. Allerdings werden durch den medizinischen Fortschritt Diagnosen und Behandlungen immer spezialisierter und medizinisches Wissen komplexer. Die Dokumentation dieser Ergebnisse wird dadurch nicht gerade einfacher. Für die Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Patientinnen und Patienten ist das eine zugegebenermaßen nicht gerade einfache Situation. Hier in Zukunft Abhilfe zu schaffen, tut Not. Deshalb muss es ein vorrangiges Ziel jeder Gesundheitspolitik sein, das System für alle Beteiligten transparenter zu machen. Und genau dieses Ziel verfolgt die elektronische Gesundheitskarte.

Was lange währt, wird gut – könnte man meinen. Doch ist es das in Bezug auf die elektronische Gesundheitskarte wirklich? Zumindest wurde endlich ein Anfang gemacht.

Bis April 2006 haben die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte) und fünf von den bundesweit acht Testregionen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte den Rahmenvertrag über die Zusammenarbeit, Unterstützung und Durchführung der Erprobung der Telematikinfrastruktur unterzeichnet. Für den Freistaat Sachsen ist die Region Löbau-Zittau mit dem Projekt SaxMediCard am Start. Sie ist die einzige Testregion in den neuen Bundesländern. Als Grundlage für die Teststrukturen, Zeitpläne und konkreten Aufgaben ebnet der Vertrag endlich den Weg für die ersten Tests im Sommer dieses Jahres in Löbau-Zittau.

Der Freistaat Sachsen bzw. die Testregion Löbau-Zittau werden dann den bundesweiten Auftakt mit dem sogenannten 10.000er-Test bilden. Die sächsische Region und das Projektbüro SaxMediCard sind gut auf die nächsten notwendigen Schritte vorbereitet. Im Lenkungsausschuss, in dem auch die Landesvertretung aktiv mitarbeitet, werden Zeitplanung und andere notwendige Maßnahmen beraten und festgelegt. So werden die an der Erprobung beteiligten Krankenkassen AOK, Barmer, DAK, GEK, IKK und Techniker Krankenkasse in den kommenden Wochen und Monaten ihre Versicherten in der Region anschreiben und sie über den weiteren Verlauf des Tests informieren. Die Versicherten, die an der anschließenden Testphase teilnehmen, erhalten von ihren Krankenkassen neue Gesundheitskarten mit



Passbild und umfangreiche Informationen über die Anwendungen und Vorteile der neuen Karte.

Zeitgleich werden die am Test teilnehmenden Arztpraxen und Apotheken der Region Löbau-Zittau technisch und logistisch ausgestattet, z. B. mit Heilberufsausweisen und Kartenlesegeräten. Auf Veranstaltungen werden sie zusätzlich über das Projekt und den geplanten zeitlichen Ablauf informiert.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Schließlich handelt es sich hier um das weltweit größte Telematikprojekt. Alle benötigten Komponenten müssen getestet sowie sämtliche Schnittstellen und Abläufe erprobt werden. Nur aus dieser sorgfältigen Testphase und der Evaluation der Testergebnisse kann sich eine dauerhafte und stabile Infrastruktur für das gesamte Gesundheitswesen in Deutschland entwickeln. An die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sind große Hoffnungen geknüpft.

Die elektronische Gesundheitskarte reduziert ganz entscheidend den bürokratischen Aufwand in der Arztpraxis. Für die Beratung und Behandlung seiner Patienten bleibt dem Arzt dadurch mehr Zeit. Die Karte ermöglicht einen schnellen und reibungslosen Informationsaustausch zwischen Haus- und Fachärzten. Doppeluntersuchungen werden so vermieden. Der Arzt ist auch über die Verschreibung bzw. Einnahme von Arzneimitteln informiert. Durch die Einführung des elektronischen Rezepts und die Dokumentation von Arzneimitteln auf freiwilliger Basis können bei den Patientinnen und Patienten unerwünschte und gefährliche

Wechselwirkungen von verschiedenen Medikamenten reduziert werden. Mit dem elektronischen Rezept wird der Apotheker in die Lage versetzt, die Patienten besser zu beraten. Das Krankenhaus wird in Zukunft mit den niedergelassenen Ärzten vernetzt. Die Informationen aus den Arztpraxen stehen der Klinik für die Behandlung schnell und einfach zur Verfügung. Das Gleiche gilt umgekehrt auch für die ambulante Weiterbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt.

Aber auch für die Versicherten bringt die elektronische Gesundheitskarte eine Reihe von Vorteilen: Sie bietet

eine zusätzliche Sicherheit durch eine spezielle Verschlüsselung der Daten. Durch das Foto ist eine bessere Identifizierung möglich, die Möglichkeit des Missbrauchs wird erheblich eingeschränkt. Und die auf der Karte gespeicherten Notfalldaten können im Ernstfall Leben retten.

Die Testregionen werden der Ausgangspunkt für die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sein. Vielleicht kann man dann endlich sagen: Was lange währt, wird gut.

Aktuelles aus dem Vertragsgeschehen

Landesbasisfallwert 2006 für Sachsen vereinbart

Am 15. März 2006 haben sich Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Sachsen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf einen Landesbasisfallwert für das Jahr 2006 geeinigt. Obwohl die Verhandlungspositionen anfangs deutlich auseinander lagen, wurde nach fünf Verhandlungstagen eine einvernehmliche Einigung zwischen den Verhandlungspartnern gefunden.

In Sachsen gibt es derzeit 88 Krankenhäuser mit ca. 29.000 Betten. Rund 47.000 Mitarbeiter vom ärztlichen Personal bis zu den Pflege- und Servicekräften sind derzeit in den sächsischen Krankenhäusern beschäftigt. Alleine diese Dimensionen zeigen, welche Bedeutung die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert besitzen.

Der Landesbasisfallwert (auch landesweiter Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle im Freistaat Sachsen. D. h., er stellt den Geldwert dar, den die Krankenhäuser für einen durchschnittlichen Krankenhausfall erhalten. Er wird in einer komplizierten Berechnung auf der Grundlage der Budgets der einzelnen Krankenhäuser gebildet.

Multipliziert mit dem Relativgewicht für die medizinische Leistung, ergibt sich aus dem Basisfallwert der Preis, den das Krankenhaus hierfür von der Krankenkasse vergütet bekommt. Der Landesbasisfallwert bildet wiederum die Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern.

Der vereinbarte Landesbasisfallwert 2006 beträgt für Sachsen ohne Ausgleich und Kappung 2.727,61 Euro. Nach Kappung und unter Berücksichtigung der Ausgleichs- und Fehlschätzungen für 2005 wurde ein gekappter Landesbasisfallwert 2006 inkl. Ausgleich von 2.711,18 Euro vereinbart. Die Vereinbarung wurde von Seiten der Ersatzkassenverbände bereits unterzeichnet und ist im Anschluss an das Unterschriftenverfahren noch dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales zur Genehmigung vorzulegen.

Nach dem derzeitigen Verhandlungsstand geht die Landesvertretung davon aus, dass für das Jahr 2006 ein sachgerechtes Verhandlungsergebnis erzielt wurde. Es wird den Krankenhäusern in Sachsen dadurch möglich sein, auch in Zukunft ein umfassendes und qualitativ hochwertiges Versorgungsniveau für die Patienten zu gewährleisten.

Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2

Die Verhandlungen über die Reakkreditierung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Überarbeitung der Vertragsunterlagen sind von der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände abgeschlossen worden. Damit wird das seit Mitte 2003 bestehende DMP Diabetes mellitus Typ 2

aktualisiert. Auf Grund der veränderten Vorgaben der Deutschen Diabetesgesellschaft für die Zertifizierung (statt 400 Fälle nur noch 200 Fälle pro Krankenhaus) werden künftig weitere stationäre Einrichtungen am Disease-Management-Programm Diabetes teilnehmen können. Gegenwärtig erfolgt durch die Landes-

verbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen die Prüfung der Strukturqualität der bislang noch nicht beteiligten Krankenhäuser.

Der Qualitätsbericht für den Zeitraum 2003/04 zeigt deutlich, dass eine ganze Reihe von Qualitätszielen erreicht wurden. Dies lässt sich sicher auch auf die vorausgegangene „Sächsische Diabetesvereinbarung“ zurückführen. So wurde das Qualitätsziel, dass bei weniger als 30 % der Patienten schwere Stoffwechsellstörungen auftreten, erreicht. Die Quote lag hier bei 0,44 % der teilnehmenden Patienten im Beobachtungszeitraum. Ähnlich gut sind die Ergebnisse bei den diabetischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Hier traten bei nur 3,93 % der teilnehmenden Patienten Komplikationen auf. Die Vereinbarung geht von max. 40 % aus.

Zweifellos besteht nach wie vor bei der Versorgung der Patienten in einigen Punkten Optimierungsbedarf, z. B. bei der Inanspruchnahme der jährlichen augenärztlichen Untersuchung. Bei der Reakkreditierung des DMP Diabetes Typ 2 wurden daher Schwachstellen aus der ersten Vereinbarung ausgemerzt. Für die augenärztlichen Untersuchungen werden gezielte Anreize gesetzt, um Patienten zur jährlichen Augenuntersuchung zu motivieren.

Aktuell nehmen im Freistaat Sachsen am DMP Diabetes Typ 2 ca. 2.300 Ärzte und rund 42.300 Ersatzkassenversicherte teil. Die Ergebnisse über die ersten drei Jahre DMP werden in einem Qualitätsbericht zusammengefasst und in Kürze veröffentlicht.

Hausarztvertrag AEV – Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK), die HZK-Krankenkasse für Bau- und Holzberufe und die KEH Ersatzkasse sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) haben einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung im Freistaat Sachsen abgeschlossen. Der Vertrag trat zum 1. April 2006 in Kraft.

Dieser Vertrag gilt für alle Hausärzte in Sachsen in allen Rechtsformen der Niederlassung sowie für Fachärzte, die im Rahmen dieser Vereinbarung Aufgaben übernehmen. Er legt die Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte und ihre Aufgaben fest.

Geregelt werden zudem Informationswege und Vergütung der Ärzte. Ziel des Vertrages ist die Verbesserung der Versorgungsqualität der Versicherten und eine wirtschaftlichere Verordnung von Arzneimitteln. Durch einen abgestimmten

Behandlungspfad werden für die Patienten belastende Mehrfachuntersuchungen und Informationsverluste vermieden. Vor der Einweisung in ein Krankenhaus wird die stationäre Behandlungsbedürftigkeit durch einen Facharzt begutachtet (Zweitmeinung).

Wichtig ist den Vertragspartnern, dass die Hausärzte als Koordinatoren sowohl für die Patienten als auch für die ambulant und stationär tätigen Kollegen auftreten. Der Hausarzt steuert das Behandlungsgeschehen und erhält alle Informationen, welche für eine optimale Betreuung der Patienten erforderlich sind.

Die Versicherten der Arbeiter-Ersatzkassen schreiben sich in die Hausarztversorgung ein. Die Teilnahme ist sowohl für die Versicherten als auch für die Hausärzte in Sachsen freiwillig. Frauenärzte und Augenärzte sowie psychologische Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte können von den Versicherten unmittelbar und ohne vorherige Konsultation des Hausarztes in Anspruch genommen werden.

Für die Übernahme der Koordination und die Bündelung des Behandlungsgeschehens erhalten die Hausärzte ein Zusatzhonorar. Aus Sicht der Arbeiter-Ersatzkassen ist das eine Investition in die bessere Versorgung ihrer Versicherten. Als Anreiz für die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung in Sachsen verzichten die teilnehmenden Kassen auf die Praxisgebühr.



Auf der Pressekonferenz anlässlich der Unterzeichnung des Hausarztvertrages (v.l.n.r.: Dr. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender KV Sachsen; Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker, stellv. Vorstandsvorsitzender GEK; Ulrike Elsner, Leiterin der Landesvertretung; Jens-Uwe Loose, Geschäftsführer der GEK für Sachsen)

Trinklimit! Oder es wird peinlich.

Ersatzkassen starten sachsenweites Präventionsprojekt für Jugendliche in Mittelschulen und Gymnasien



Prävention bedeutet immer Vorbeugung: Die verschiedenen Suchtformen sind nicht angeboren, sondern werden im Laufe des Lebens erworben. Neben dem individuellen Verhalten kann aber auch durch Veränderungen in der Lebenswelt, beispielsweise durch entsprechende Angebote an den Schulen, ein Beitrag geleistet werden, um Suchtrisiken zu verringern. Auf diese Weise kann der Entstehung von Abhängigkeiten entgegen gewirkt werden.



Nach dem Online-Nicht-raucher-Wettbewerb „Don't smoke“ haben die Ersatzkassen und ihre Verbände in diesem Jahr ein neues Präventionsprojekt initiiert. Auch diesmal steht das Thema Sucht im Mittelpunkt. Ende Januar startete die Wanderausstellung „Trinklimit! Oder es wird peinlich.“ in der 38. Mittelschule in Dresden. Gemeinsam mit der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) und unterstützt vom Sächsischen Staatsministerium für Kultus hat die Landesvertretung die Ausstellung als Wanderausstellung für die sächsischen Mittelschulen und Gymnasien konzipiert und erarbeitet.



Neueste Untersuchungen zeigen, dass sich das Einstiegsalter in den regelmäßigen Alkoholkonsum weiter nach unten verschoben hat. Heute greifen bereits 14- und 15-Jährige regelmäßig zur Flasche. Den Jugendlichen ist dabei nicht bewusst, dass der Alkohol-

konsum ohne Grenzen und ohne Limits große gesundheitliche Risiken in sich birgt.



Die Gefahr von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit ist um so größer, je früher mit dem Alkoholkonsum begonnen wird. Daher ist es eines der suchtpreventiven Ziele der Ausstellung, eine kritische Einstellung der Jugendlichen gegenüber dem Alkohol zu fördern oder sogar ganz und gar auf den Alkoholkonsum zu verzichten. Um Trinkwänge zu vermeiden, will die Ausstellung die Schülerinnen und Schüler zu einer Diskussion anregen und zur Sensibilisierung gegenüber den typischen Trinkmotiven und den negativen Begleiterscheinungen beitragen.



Auf 26 T-Shirts bringen kurze Sprüche das Thema auf den Punkt. Sie ermöglichen eine moderne Form der Auseinandersetzung mit diesem brisanten Thema, ohne gleich den Zeigefinger zu erheben. Dabei wurden sowohl für Mädchen als auch für Jungen passende Sprüche erarbeitet. Gleichzeitig zur Ausstellung wird den Lehrerinnen und Lehrern ein sogenanntes „Fact-Book“ zur Verfügung gestellt, um die Diskussion unter den Schülern entsprechend leiten zu können. Die Resonanz auf die Wanderausstellung in den Schulen und unter den Schülern ist enorm groß. Bereits jetzt sind die beiden Ausstellungen bis Ende des Jahres ausgebucht. Derzeit ist sie in der Suchtklinik Großrückerswalde sowie in Dresden, Leipzig, Kamenz und anschließend in Bischofswerda zu sehen.

Alle weiteren Informationen zur Ausstellung finden Sie unter www.freestyle-sachsen.de.

I. Sächsischer Altenpflegekongress



Expertenrunde beim Pflegekongress (2. v.l.: Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim VdAK/AEV).

„Für eine neue Kultur in der Altenpflege“ – das war der programmatische Titel des 1. Sächsischen Altenpflegekongresses am 10. April 2006 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden. Ziel des Kongresses war eine interdisziplinäre Diskussion mit Beteiligten aus Wissenschaft und Praxis, aus den Pflegeeinrichtungen, aus Institutionen, Krankenkassen und Verbänden sowie aus Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Die Situation in der Altenhilfe im Freistaat Sachsen hat sich in den zurückliegenden Jahren deutlich verbessert. Insbesondere in den Pflegestrukturen und den Pflegeangeboten sind erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Dabei steht der hilfs- und pflegebedürftige Mensch im Mittelpunkt aller Überlegungen.

Neben dem Sächsischen Sozialministerium und weiteren Partnern war die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände Veranstalter des 1. Sächsischen Altenpflegekongresses. Als einer der Hauptredner und Leiter des Fachforums „Mehr Selbstbestimmung durch ein personenbezogenes Pflegebudget?“ stand der Abteilungsleiter Pflege der Verbandsgeschäftsstelle, Herr Paul Jürgen Schiffer, zur Verfügung.

Innerhalb eines Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI nimmt das Projekt „Persönliches Pflegebudget“ eine zentrale Stellung ein. An insgesamt sieben Standorten im Bundesgebiet, u.a. im sächsischen Landkreis Annaberg, wird bis 2008 erprobt, inwieweit mit personenbezogenen Budgets das Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen flexibler und kundenorientierter gestaltet werden kann. Ziel ist es, die stationäre Versorgung hinauszuzögern oder ggf. ganz zu vermeiden. Das persönliche Pflegebudget ermöglicht dem Pflegebedürftigen mit Unterstützung einer Case-Managerin Pflegeleistungen zu erhalten, die auf seine individuellen und spezifischen Bedürfnisse ausgerichtet sind.

Die Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Klie zeichnet für das Projekt verantwortlich. Der VdAK/AEV nimmt die Aufgaben der Koordinierung für die Spitzenverbände der Pflegekassen wahr.

Über die bisherigen Erfahrungen wurde in zwei Symposien in München und Erfurt gegenüber Experten aus Wissenschaft, Pflegeeinrichtungen, Kommunen und Pflegekassen berichtet. Auch Projektteilnehmer und deren Angehörige sprachen hier über Verbesserungen ihrer ganz persönlichen Versorgungssituation.

Die Diskussionen im Forum „Personengebundenes Pflegebudget“ haben gezeigt, dass es unbedingt notwendig ist, eine ausreichende Anzahl Pflegebedürftiger für die Teilnahme an diesem Modellprojekt zu gewinnen. Erst dann wird es möglich sein, verlässliche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu erhalten.

Insgesamt diskutierten rund 750 Teilnehmer in acht verschiedenen Foren pflegefachliche Themen.

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