

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE GROSSSTUDIE Prostata-Therapien im Vergleich | KRANKENHAUSPLANUNG Spezialisierung und Kooperation | SAPV Für Schwerstkranke im Landkreis Leipzig | ÄRZTLICHE VERGÜTUNG Streitpunkt Morbidität

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JUNI 2013

INTERNATIONALES

Lebensrettung über Ländergrenzen

Peterswald/ Petrovice



BALD freie Fahrt?

Die Unfallversorgung der Bevölkerung in der Grenzregion soll verbessert werden. Anfang April unterzeichneten Deutschland und Tschechien ein Rahmenabkommen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst. Es ermöglicht den Einsatz deutscher und tschechischer Rettungskräfte beiderseits der Grenze. Im Notfall soll derjenige Hilfe leisten können, der am schnellsten vor Ort ist. Der Vertrag schafft die rechtliche Grundlage, dass Sachsen mit den grenznahen tschechischen Landkreisen entsprechende Kooperationsvereinbarungen treffen kann. Darin sollen Einzelheiten wie Qualitätskriterien und Kommunikationsmethoden geregelt werden. Ein Rettungsdienst-Abkommen mit Polen war Ende 2011 geschlossen worden. Die Landesgrenze von Sachsen wird fast zur Hälfte von den Staatsgrenzen zu Polen und Tschechien gebildet.

NOTÄRZTE

Zahl unbesetzter Notarztdienste steigt

Das sächsische Nothilfesystem droht selbst zum Hilfefall zu werden. Immer schwieriger lassen sich Notarztschichten besetzen. Veränderte Rahmenbedingungen und reformresistente Strukturen haben die notärztliche Versorgung in Schieflage gebracht.

Die Notfallrettung in Sachsen krankt. Im letzten Jahr blieben 1.600 notärztliche Dienste unbesetzt, insgesamt drei Prozent aller Schichten. War Gefahr im Verzug, übernahmen Notärzte aus benachbarten Standorten den Fall. Dadurch gelang es bislang, überall dort, wo die Hilfe der Notärzte gebraucht wurde, diese auch hinzulenken. Die Situation ist angespannt, denn die steigende Zahl nicht besetzter Notarztdienste zeichnet sich seit einiger Zeit ab. 2009 wurden 222 gezählt, 2010 dann schon 472 und 2011 waren es 1240 unbesetzte Dienste. Um gegenzusteuern, müssten die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Notfallmediziner geändert werden. Davon lässt sich wenig spüren.

Zwei Drittel aller Einsätze, zu denen die Retter gerufen werden, sind tatsächliche Notfälle. Die Übrigen erweisen sich als Lappalie. Mildern ließe sich der Druck auf die Notfallrettung, indem diese Fehleinsätze reduziert werden. Eine intelligente Vermittlung in der Leitstelle könnte eine partielle Entlastung bringen und Patienten an den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

vermitteln. Allerdings lassen die gemeinsamen, „integrierten“ Rettungsleitstellen auf sich warten. Fünf Einrichtungen sind für Sachsen seit sieben Jahren vorgesehen. Bislang arbeitet keine einzige.

Den anderen Teil der Lösung bildet die notärztliche Versorgung selbst. Nicht alle medizinischen Notfälle kann der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst abfangen. Für die unverzügliche lebensrettende Hilfe braucht es Notärzte. Viele Mediziner besitzen die entsprechende Qualifikation. 2000 Ärzte haben Vereinbarungen zur Teilnahme am Notarztdienstsystem geschlossen. Das wären genügend, um alle Schichten abzudecken. Allerdings steht es ihnen in Sachsen frei, sich zu beteiligen oder es sein zu lassen. In der Konsequenz finden sich zunehmend weniger Mediziner, um tatsächlich im Notarztsystem mitzuarbeiten.

Verändertes Umfeld

90 Prozent der Notärzte sind an Kliniken angestellt. Eine große Anzahl der Krankenhäuser stellte in den letzten Jahren die Schichtdienste von zwölf auf acht Stunden



KOMMENTAR

Die Zeit läuft



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Die Zeit läuft. Die Zahl der unbesetzten Notarztdienste steigt. Damit vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit, dass irgendwo in Sachsen einmal kein Notarzt im Einsatzfall verfügbar ist. Die Gründe für die sich häufenden Schwierigkeiten in der notärztlichen Versorgung sind vielfältig. Sicher, einige dominieren. Dennoch sollte von jeder sich bietenden, günstigen Gelegenheit endlich Gebrauch gemacht werden, das Problem zu entschärfen. Das vergangene Jahr war ein Jahr der verpasssten Gelegenheit. 2012 wurde das sächsische Rettungsdienstgesetz novelliert. Ein echtes Mitwirkungsrecht in den Rettungsdienstbereichsräten, wo über Notarztstandorte und damit über eine sinnvolle Verteilung der Notärzte in der Fläche entschieden wird, wurde den Krankenkassen zum wiederholten Male verweigert. Dabei sind sie es, die die notärztliche Versorgung abzusichern haben. Die Ersatzkassen thematisieren seit Jahren die sich verändernden Rahmenbedingungen, unter denen diese Aufgabe erfüllt wird. Geld allein bringt keine Lösung mehr. Umso unverständlicher erscheint daher das Zögern derer, die über neue Gestaltungsinstrumente entscheiden können. Die Erkenntnis, dass sich am notärztlichen Dienst etwas wandelt, wird mittlerweile allgemein geteilt. Hoffentlich folgt der Erkenntnis auch bald der Wille, den Wandel aktiv zu gestalten. Sonst läuft die Zeit davon.



um. Für den einzelnen Arzt ging damit der Anteil der Überstunden zurück, die er in Freizeit absetzen kann. Traditionell leisten aber Klinikärzte in Sachsen die Notarztdienste in ihrer Freizeit. Sie nutzen Überstunden, die nun häufig fehlen. Das macht sich insbesondere bei Tagesdiensten bemerkbar.

Auch das Lebensbild der Ärzte verändert sich. Die Bereitschaft, Notdienste in der Freizeit zusätzlich zum normalen Klinikdienst zu übernehmen, sinkt. Nicht mehr nur der monetäre Zusatzverdienst spielt bei der Entscheidung eine Rolle, sondern genauso der Anspruch auf einen erfüllten Freizeitausgleich neben der anspruchsvollen Tätigkeit als Arzt.

Reformresistente Strukturen

Vor diesem Hintergrund – dass das Reservoir einsatzbereiter Notärzte knapper wird – entfalten andere Einflüsse ihre besondere Wirkung:

Notarztdienstpläne in den Krankenhäusern werden oft nur von einer Fachklinik besetzt und nicht von mehreren Kliniken getragen. Von denen könnten ebenso

»Das Freiwilligkeitsprinzip ist überholt. Statt Sicherheit bringt es Ungewissheit.«

Notärzte an der Notfallversorgung teilnehmen, tun es aber nicht. Historisch tradierte Denkweisen innerhalb der Fachkliniken bilden hier die Ursache.

Interne Dienstpläne der Krankenhäuser und externe Notdienstpläne werden selten miteinander abgeglichen und haben divergierende Planungszeiträume. Klinikverantwortliche besetzen vorrangig die Dienstpläne der Kliniken. Wird es personell eng, ziehen sich im Extremfall die Krankenhäuser, wie unlängst im Elberaum, vollständig an der Beteiligung am Notarztdienst zurück.

Die vorhandenen Notärzte sind außerdem ungleichmäßig in der Fläche verteilt.



Foto: Helmut Brandt – Fotolia.com

Die historische Kleinteiligkeit der Rettungsdienstbereiche im Freistaat führt zu regionalen Verdichtungen von Notarztstandorten. Diese wurden nicht rettungsdienstbereichsübergreifend etabliert. Wo mancherorts ausreichend wäre, zwei Standorte zu einem zusammenzuführen und so den personellen Bedarf an Notärzten zu verringern, bremsen kommunale Verwaltungsgrenzen entsprechende Überlegungen aus.

Die schwierige Lage, in der die Notfallversorgung steckt, hat viele Ursachen. Eine Lösung muss daher aus mehreren Richtungen angegangen werden. Oberste Aufmerksamkeit sollte drei Ansätzen gelten:

Das bisherige, jahrelang reibungslos praktizierte Freiwilligkeitsprinzip für die Teilnahme an Notarztdiensten ist überholt. Statt Sicherheit bringt es Ungewissheit. Es bietet für die künftige Versorgung keine tragfeste Basis mehr. Die kann nur eine neue Verbindlichkeit geben.

Die Personalstruktur der Notärzte zeigt außerdem, dass die Krankenhäuser eine Kernkomponente für die Lösung der gegenwärtigen notärztlichen Probleme darstellen. Für die Mediziner mit Notarztqualifikation müssen verträgliche Lösungen gefunden werden, dass sie an den Diensten teilnehmen können.

Notärztliche Versorgung ist Teil kommunaler Verantwortung, selbst wenn der Sicherstellungsauftrag bei den Krankenkassen liegt. Kommunalpolitik sitzt in der Aufsicht kommunaler Krankenhäuser und kann darüber den Rettungsdienst beeinflussen. Sachsen ist nur so gut, wie seine kommunalen Einheiten zusammenspielen. Die Kleinstaaterei im Rettungsdienst sollte der Vergangenheit angehören. ■

PROSTATAKREBS

PREFERE-Studie vergleicht Therapieansätze

Eine Großstudie will die Behandlung von Prostatakrebs voranbringen. Auch sächsische Kliniken nehmen an dem Langzeitprojekt teil.

Die Nachricht, an Prostatakrebs erkrankt zu sein, versetzt vielen Männern einen Schock. Die Unklarheit, welche der zu Verfügung stehenden Therapien individuell am ehesten infrage kommt, macht die Situation für die Betroffenen nicht unbedingt leichter. Sich die Prostata vollständig entfernen lassen? Dabei das Risiko von möglichen Folgeschäden wie Impotenz und Inkontinenz eingehen, gerade wenn die Männer in den „besten Jahren“ sind? Oder unter ständiger ärztlicher Beobachtung abwarten? Oder ...?

Die jetzt anlaufende, weltweit größte klinische Studie zu Frühformen des Prostatakarzinoms will Patienten und Ärzten mehr Sicherheit bei der Entscheidung schaffen. Erstmals sollen alle zur Zeit in Frage kommenden Therapieoptionen in einer prospektiven randomisierten Studie, der PREFERE-Studie, verglichen werden. Insgesamt 7.600 Patienten werden teilnehmen. Deren Rekrutierung und Erstbehandlung erfolgt über vier Jahre. Danach werden die Patienten mindestens 13 Jahre nachbeobachtet. Der Zeitraum ist notwendig, um zu untersuchen, welche Behandlung auf lange Sicht am geeignetsten für den Patienten ist. Alle Ersatzkassen beteiligen sich dauerhaft an der Studienfinanzierung. Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft und den anderen Krankenkassen unterstützen sie das bis 2030 angelegte Projekt mit 25 Millionen Euro.

Bei der PREFERE-Studie werden drei Therapieoptionen im Vergleich mit der Radikaloperation auf ihre Effektivität geprüft: Die Brachytherapie, bei der kleine Strahlenquellen dauerhaft in der Prostata

platziert werden, die Bestrahlung von außen (perkutane Strahlentherapie) und die Aktive Überwachung stehen als Alternativen. Bei letzterer wird die Entfernung der Prostata durch eine intensive medizinische Überwachung so lange wie möglich herausgezögert.

Rund 1.000 niedergelassene Urologen und Strahlentherapeuten sowie mindestens 90 Krankenhäuser werden sich an der Studie beteiligen. In Sachsen bereiten acht Häuser ihre Teilnahme vor: das Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, die Universitätsklinik Dresden und Leipzig, das Klinikum St. Georg Leipzig, das HELIOS Klinikum Borna, das Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau und die Zeisigwaldklinik Bethanien Chemnitz. Patienten, die sich für eine Teilnahme an der Studie interessieren, können ihren Urologen ansprechen. Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt entscheiden sie, mit welcher Methode sie behandelt werden möchten. Gesundheit und Genesung der Teilnehmer stehen dabei im Vordergrund.

Die Studie geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zurück. Der hatte die Einführung der Brachytherapie im ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst ausgesetzt. Er vermisste ausreichend Daten, um diese Behandlungsform bewerten zu können. Daraufhin wurde die PREFERE-Studie entwickelt. Die Studie ist ein gutes Beispiel, wie neue Behandlungsmethoden vor der flächendeckenden Anwendung auf möglichen Nutzen und potenziellen Schaden im Vergleich zu Standardtherapien wirksam überprüft werden. ■

STATISTIK

Männer weinen heimlich



FOTO: diego cerno - Fotolia.com

PROSTATAKREBS Für Männer ab 55 Jahren die häufigste Krebsart

Mit der für sie häufigsten Krebserkrankung gehen Männer und Frauen unterschiedlich um. Brustkrebs ist für Frauen ein Thema, Prostatakrebs bei Männern eher nicht. Eine Selbsthilfegruppe bekannte auf ihrer Homepage, Prostatakrebs sei eine Männerkrankheit, über die Männer nicht sprechen. Dabei liegen die Betroffenheiten nahe beieinander, wie das Gemeinsame Krebsregister der neuen Länder zeigt. Auf Brustkrebs entfallen 29 Prozent aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen, auf Prostatakrebs 23 Prozent der Krebsneuerkrankungen bei Männern.

Pro Jahr finden Urologen in Ostdeutschland 12.000 neue Prostatakrebsfälle. Der Trend weist in den letzten zehn Jahren nach oben (+ 5 Prozent jährlich). Für Männer im Alter ab 55 Jahren stellt der Prostatakrebs die häufigste Krebsart dar. Mehr als 80 Prozent der Prostatapatienten überleben mindestens fünf Jahre. Auf Grund der vergleichsweise guten Prognose hat Prostatakrebs einen Anteil von neun Prozent an allen Krebstodesfällen.

Der wichtigste Prognosefaktor ist das Stadium, in dem Krebs diagnostiziert und behandelt wird. Die Krankenkassen bieten Männern ab 45 Jahren jährlich eine rektale Tastuntersuchung an.

Planung modernisieren

Mitte Juni wird der Krankenhausplan 2014/15 verabschiedet. Er legt neue Klinikkapazitäten fest und entscheidet über Spezialprogramme. Qualität und Kooperation müssen im Mittelpunkt stehen.

Das vor 20 Jahren erlassene sächsische Krankenhausgesetz formuliert in seinen Grundsätzen die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen als ständige Aufgabe. Die staatliche Krankenhausplanung verstand diese Vorgabe bis in die Anfänge des neuen Jahrtausends hinein als eine tiefgreifende Neuorganisation der sächsischen Krankenhauslandschaft. Die Notwendigkeit der Heranführung an westeuropäische Versorgungsstandards wurde vom Freistaat genutzt, um unwirtschaftlich arbeitende Kliniken zu schließen und Aufgaben neu zu verteilen.

Weiterentwicklung soll es auch künftig geben. Wie soll sie aussehen? Die „Gründerväter“ sächsischer Krankenhauspolitik stützten sich auf einen Krankenhausplan, der sowohl einen Rahmen vorgab wie auch Details regelte. Das andere Instrument in ihrer Hand war ein finanzielles, das der öffentlichen Förderung von Investitionen.

Fallpauschalen brachten Zäsur

Beide Gestaltungsmittel haben sich über die Jahre gewandelt. Eine Zäsur brachte die Einführung des Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen. Die fachgebietsbezogene Planung der Bettenzahl verschwand, Sachsen zog sich zunehmend auf eine Rahmenplanung zurück. Für die Häuser werden nur noch die Gesamtbettenzahl und die Fachgebiete festgelegt. Detailplanungen von Teilgebieten und Schwerpunkten wurden deutlich verringert. Das hat zur Folge, dass sich viele Krankenhäuser bei ihrer Leistungsplanung stärker von eigenen (wirtschaftlichen)



FOTO: VILKSI – Fotolia.com

Interessen leiten lassen und weniger von einem weiteren Grundsatz sächsischen Krankenhauswesens, und zwar dem, einander zu ergänzen.

Wer die Zulassung für eine Fachabteilung einmal besitzt, der versucht die Palette der Leistungen auszuschöpfen. Mit dem Feststellungsbescheid für die Chirurgie darf der Leistenbruch behoben werden. Er erlaubt genauso künstliche Knie- und Hüftgelenke einzusetzen. Das Tor ist dadurch offen, um alles das anzubieten, was der Fallpauschalenkatalog hergibt. Die Kliniken schauen auf lukrative Eingriffe, die hohe Erlöse versprechen. Kleinere Häuser entwickeln inzwischen ambitionierte Versorgungsabsichten, an die sich vor Jahren nur die großen trauten.

Berücksichtigt der Krankenhausplan nicht die Wünsche, wird geklagt. Das Land tut sich schwer, dem Streben Einhalt zu bieten. Die Rechtsprechung ist dabei nicht wirklich hilfreich. Das war bei den Entscheidungen über die angestrebte

Mindestmenge bei der Behandlung von Frühgeborenen in Perinatalzentren erst zu erleben. Durch eindeutige und rechtssichere Formulierungen im Krankenhausplan kann jedoch das Land vorbeugen und

»Leistungen müssen an Standorte gebunden sein, wo die strukturellen Voraussetzungen stimmen.«

etwas gegen die ausufernde Leistungsausweitung unternehmen.

Qualitätsorientierung behalten

Bei der Entwicklung der sächsischen Krankenhauslandschaft muss Qualität weiter eine herausragende Rolle spielen. Leistungen müssen an Standorte gebunden sein, wo die strukturellen Voraussetzungen stimmen und qualitative Mängel zum

Nachteil der Patienten vermieden werden sollen. Gerade sehr spezielle medizinische Bereiche stellen besondere Anforderungen an Personal und technische Ausstattung, Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und Leistungsmenge.

Sachsen führt aus diesem Grund in seiner Rahmenplanung das Detail „Fachprogramme“ im Bestand. Spezialisierte Adipositasbehandlungen sind auf bestimmte Einrichtungen beschränkt. Ebenso die spezialisierte septische Chirurgie und Linksherzkathederuntersuchungen, um nur einige Beispiele zu nennen. An den Fachprogrammen muss in der Krankenhausplanung festgehalten werden. Sie müssen auch kritisch begleitet werden. Eine vorschnelle Erweiterung auf weitere Häuser ist bedenklich, wenn die Voraussetzungen nicht stimmen. Nicht einmal die Hälfte der sächsischen Einrichtungen, die „geriatrische Komplexpauschalen abrechnen“ wollen, hält Geriater vor! Ebenso können vorschnelle Ausgliederungen aus den Fachprogrammen selbstverständliche Versorgungsqualitäten in Frage stellen.

Gemeinsame Planungen denken

Die Bevölkerungsverluste im Land gehen unverändert weiter, ausgenommen die Metropolregionen Dresden und Leipzig. Absehbar ist, dass kleinere Häuser in Schwierigkeiten geraten. Durch noch weniger Patienten wird der Betrieb unwirtschaftlich, und den Ärzten fehlen Patienten, um Erfahrungen zu sammeln. Mit der Logik von Krankenhausplanung der 1990er Jahre wäre es konsequent, Standorte zu schließen. Von dem Prinzip hat sich sächsische Krankenhauspolitik verabschiedet. Gedacht wird bevölkerungspolitisch. Krankenhäuser sind oft die größten Arbeitgeber vor Ort und der Abzug eines dominierenden ärztlichen Versorgers würde die Entwicklungsaussichten der betroffenen Region trüben. Gefährdete Standorte werden deshalb umgewidmet. Aus Kliniken entstehen Rehaeinrichtungen mit aufwändiger Versorgung. Oder man versucht

Standorte zu Kooperationen zu bewegen, um Menge und Qualität zu halten.

Doch warum werden Kooperationen dem Marktgeschehen überlassen und folgen nicht einem strategischen Plan, der definierte Schritte bei bestimmten Konstellationen festlegt? Kann nicht die Erhaltung eines gefährdeten Krankenhausstandorts damit unterstützt werden, dass er die ambulante Versorgung in Gebieten, in die kein Landarzt will, sichert? Warum nicht Krankenhausplanung mit der Planung des niedergelassenen Bereichs abstimmen? Sachsen könnte hier erneut anderen Ländern vorgehen. Seit etwa 10, 15 Jahren wird der drohende Ärztemangel öffentlich wahrgenommen. Sachsen hat sich auf dem Gebiet zeitig engagiert und eine Fülle von Einzelmaßnahmen angestoßen. Für Laien ist schwer verständlich, dass angesichts der Bevölkerungsentwicklung und der immensen Herausforderungen an einzelne medizinische Bereiche nicht die ärztliche Versorgung Hand in Hand geplant wird, sondern Krankenhäuser und Niedergelassene getrennt unterwegs sind. Wäre ein planerisches Zusammengehen nicht ein Schritt, der den „Instrumentenkasten gegen drohenden Ärztemangel“ bereichert? Das eben gegründete Gemeinsame Landesgremium könnte erste Voraussetzungen schaffen.

Investitionen erhöhen

Staatliche Krankenhauspolitik benötigt überdies begleitende staatliche Investitionsförderung. Sachsen war vor Jahren in der Spitzengruppe; es galt gegenüber den alten Ländern aufzuholen. Jedoch fährt das Land wie andere Länder die Investitionszuschüsse zurück. Innerhalb von zehn Jahren kürzte der Freistaat seine Zuschüsse von 165 Millionen Euro (2002) auf 52 Millionen Euro (2012). Ein Rückstau bei Substanzerhalt und Reinvestition entstand. Sachsen muss endlich seinen Verpflichtungen wieder nachkommen. Die Krankenhauspolitik der „Gründerväter“ war auch deshalb erfolgreich, weil sie diesen Bestandteil rege genutzt haben. ■

STANDPUNKT

Obligatorisch: Beteiligung am Notarztdienst



FOTO: Felix Abraham – Fotolia.com

NOTFALLRETTUNG ist Daseinsfürsorge

Die Kliniken wollen sich mit ihrem Angebot breit aufstellen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Häuser der Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung kaum. Bei jeder neuen Runde der sächsischen Krankenhausplanung gehen ihre Wünsche in Richtung Kapazitätserweiterung. Ein paar Betten mehr sind normal. Gern darf es auch eine zusätzliche Fachabteilung sein. Das stärkt das Renomee und bringt vielleicht einen Standortvorteil gegenüber Mitbewerbern. Mit großer Selbstverständlichkeit wird vorgegeben, die Erweiterungen personell stemmen zu wollen und stemmen zu können. Aber bei der Bereitstellung der Ärzte für Notarztdienste soll nichts mehr gehen? Ja zu Bereichen, die das Klinik-Portfolio aufpolieren und nein zu Aufgaben, die als lästig empfunden werden? Im Freistaat Sachsen ist die Beteiligung der Krankenhäuser an der notärztlichen Versorgung nicht verbindlich geregelt. Was ein Paradoxum angesichts des Personalschlüssels bei Notärzten darstellt. Diese ärztlichen Experten arbeiten fast vollständig in Krankenhäusern. Fallen sie weg, gibt es für sie kaum Ersatz. Deutlicher gesprochen: Hier geht es um Daseinsvorsorge. Erst kommt für die Kliniken die Pflicht, dann die Kür. Diese Ansage würde dem sächsischen Krankenhausplan gut zu Gesicht stehen.

SAPV für Leipziger Land

FOTO: Kaarten – Fotolia.com



Für die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in häuslicher Umgebung wurde in Sachsen eine weitere regionale Angebotslücke geschlossen. Seit Mai können auch Patienten im Landkreis Leipziger Land die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nutzen. Durch die HELIOS Kliniken Leipziger Land und die Muldentalkliniken werden zwei SAPV-Teams koordiniert. Wichtiges Anliegen ist es, den Patienten Lebensqualität durch die Linderung von Krankheitssymptomen zu schaffen und ihnen ein selbstbestimmtes Dasein in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen. Dafür arbeiten spezialisierte Ärzte, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter und ambulante Hospizdienste in den Teams zusammen. Seit 2009 wurden in Sachsen 15 SAPV-Verträge geschlossen. 2011 erreichten die SAPV-Teams 2.200 Sterbenskranke. Die Ersatzkassen möchten SAPV-Angebote im Freistaat flächendeckend vorhalten. In den Landkreisen Nordsachsen und Löbau-Zittau stehen Verhandlungen mit potentiellen Anbietern kurz vor dem Abschluss. Trotz intensiver Bemühungen zieht sich der Ausbau auf dem Land hin. Wegen weiterer Wege wird mehr Fachpersonal gebraucht als in Städten. Nicht überall stehen genügend spezialisierte Ärzte und geschulte Pflegekräfte zur Verfügung. Außerdem muss das Miteinander der Versorger harmonisiert werden, die bisher getrennt agierten.

Honorarverhandlung 2013: Streitpunkt Morbidität

Entscheidende Bestandteile der Vergütung werden seit diesem Jahr landesspezifisch ermittelt. In Sachsen gelang das nur mittels Schiedsamt.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat den Hebel für die Verhandlungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung umgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen besitzen mehr Spielraum, um regionale Besonderheiten besser berücksichtigen zu können. Auf Bundesebene spricht der Bewertungsausschuss bei der Vergütung nur noch Empfehlungen aus. Das betrifft vor allem die Veränderung der Morbidität, die eine entscheidende Stellschraube bei der Weiterentwicklung des ärztlichen Honorars darstellt.

Die neuen Möglichkeiten schlugen sich unmittelbar auf die Honorarverhandlungen in Sachsen für 2013 nieder. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) setzte an der Morbiditätsschraube an. Anstatt in der Nähe der Empfehlungen des Bewertungsausschusses zu bleiben – sie sahen einen Korridor zwischen plus 0,5677 und 1,7522 Prozent vor, wurden zusätzlich landesspezifische Besonderheiten herangeführt. Die sächsischen Patienten seien deutlich älter und morbider, so die Begründung. Die Krankenkassen sahen das anders.

Wie wird Morbidität gemessen?

Ein Schiedsamt musste angerufen werden. Der Kern des Streits hinterfragte, wie Morbidität realitätsnah gemessen wird. Die KVS untermauerte ihre Forderung mit einer Rechenmethode des Zentralinstituts für vertragsärztliche Versorgung (ZI), einer Stiftung aller Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Weil die nicht überzeugte, wurde das Institut des Bewertungsausschusses

(InBA) als unabhängiger Sachverständiger und Urheber der Empfehlungen zur Morbiditätsveränderung in Sachsen für eine Stellungnahme zu den Ausführungen des ZI herangezogen.

In zweiter Sitzung sprach das Schiedsamt sein Urteil. Danach steigt die Gesamtvergütung um 8,38 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Steigerung beinhaltet neben einer Preiskomponente in Höhe von 0,9 Prozent insbesondere eine Mengenkompente in Höhe von 2,81 Prozent. Deren Umfang wird mit der Berücksichtigung der besonderen Erkrankungshäufigkeit und der demografischen Entwicklung in Sachsen begründet. Die psychotherapeutischen Leistungen werden zudem künftig außerhalb der Gesamtvergütung ohne Mengengrenzung vergütet.

Seit 2009: Honorarzuwachs von 30 Prozent

Die Umsetzung des Schiedsspruches finanzieren die Ersatzkassen mit zusätzlichen 25 Millionen Euro jährlich. Eingerechnet der Honorarsteigerung infolge der Vergütungsreform 2009, für die sie bislang 75 Millionen Euro extra überwiesen, entspricht das einem Plus von 30 Prozent für die sächsischen Vertragsärzte.

Nach Auffassung der Ersatzkassen bleibt die Herleitung der Mengenkompente im Schiedsspruch und damit die Einbeziehung der Morbidität aus dem Verhandlungsgeschehen heraus schwer nachvollziehbar. Der offizielle Schiedsspruch nebst Begründung und die Verhandlungsniederschrift werden deshalb abgewartet, bevor die Ersatzkassen dieses Teilergebnis detailliert prüfen. ■

ADIPOSITASBEHANDLUNG

Mit Luft im Bauch zu weniger Gewicht

FOTO: matusz szczygiel - Fotolia.com



Die Sorgen möchte ich haben,“ denkt eine wachsende Zahl von Menschen, wenn sie von Frühjahrsdiäten hören. Bei ihnen stören nicht zwei oder drei Pfunde. Sie sind mit einem Körpergewicht von 150, 200 Kilogramm aufwärts unterwegs. Diese Menschen leiden unter krankhafter Fettleibigkeit. Häufig begleitet von Erkrankungen wie Arthrosen, Herzmuskelschwäche und Stoffwechselstörungen.

Gelingt unter ambulanten Bedingungen keine dauerhafte Gewichtsabnahme, bleibt nur eine stationäre Behandlung. Um die Versorgung dieser Patienten zu verbessern, hat Sachsen die Behandlung an vier multiprofessionellen Häusern im Freistaat konzentriert. Neben der Gewichtsreduktion zielen dort gleichzeitig individuelle Therapien auf die Verringerung der Begleiterkrankungen. Mit einer Einrichtung, dem Klinikum St. Georg Leipzig, werden die sächsischen Krankenkassen und die Ersatzkassen jetzt einen gesonderten Rahmenvertrag schließen.

Der vom Leipziger Klinikum verfolgte Therapieansatz will den großen chirurgischen Eingriff im Magen-Darm-Bereich als sonst übliche ultima ratio vermeiden. Der Weg dorthin führt über einen endoskopisch eingebrachten Magenballon und ein langfristiges, multimodales Behandlungskonzept.

Der Ballon lässt ein vorzeitiges Sättigungsgefühl entstehen. Das erleichtert das erste halbe Jahr des eigentlichen Therapieprogramms. Mit einer anfänglichen Diät nehmen die Patienten unter ärztlicher Kontrolle ab, später erfolgt die Umstellung auf „normale“, energiereduzierte Kost. Parallel laufen Ernährungsberatung, strukturierte Bewegungsprogramme und psychologische Betreuung, um den Gesundheitszustand auch nachhaltig zu verbessern. Der Ballon wird nach einem halben Jahr entfernt, eine Stabilisierungsphase von einem weiteren halben Jahr schließt sich an. In der Zeit sollen die Patienten die neuen Verhaltensweisen eigenständig im Alltag festigen, werden aber weiterhin interdisziplinär angeleitet. Anschließend werden sie mindestens fünf Jahre lang durch regelmäßige Verlaufskontrollen weiter betreut.

KURZ GEFASST

Medizinstudium in Ungarn

30 Bewerber um einen Medizinstudienplatz in Ungarn schickt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) zur nächsten Auswahlrunde nach Pécs. Ab Herbst sollen 20 von ihnen an der dortigen Hochschule studieren. Die Studienkosten werden aus Mitteln des Strukturfonds bestritten, den Krankenkassen und KV gemeinsam finanzieren.

Ärzte für Sachsen

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ will Medizinstudenten auf eine ärztliche Tätigkeit in den ländlichen Regionen des Freistaats neugierig machen. Dazu geht es am 29. Juni zum zweiten Mal auf Tour. Dieses Mal führt die Exkursion Interessierte nach Westsachsen, wo künftige Arbeitsbereiche außerhalb universitärer Zentren vorgestellt werden.

Frühförderung

Zeigen Vorschulkinder Entwicklungsauffälligkeiten, können sie durch Frühförderung unterstützt werden. Seit letztem Jahr sind die Kinder- und Jugendärzte bei der Versorgung vertraglich eingebunden. Eine aktuelle Übersicht der KVS weist 318 beteiligte Mediziner aus. Damit können Kinder in allen sächsischen Regionen deren Hilfe nutzen.

NEUES PSYCHIATRIE-ENTGELTSYSTEM

Drei Freiwillige

Die Vorbereitungen zur gestuften Einführung des pauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP) sind in Sachsen angelaufen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die vdek-Landesvertretung haben die Optionsbereitschaft der Psychiatrie-Einrichtungen abgefragt. Danach wollen drei von 27 Kliniken das neue Abrechnungssystem in der 2013 begonnenen zweijährigen Freiwilligen-Phase einführen. Mit dem Start wird frühestens im Sommer gerechnet. Ab 2015 ist die Abrechnung bundesweit für alle Häuser verpflichtend. Bei dem PEPP-System werden diagnosespezifische Tagespauschalen für die Behandlung von Patienten abgerechnet. Sie können je nach Schweregrad der Erkrankung variieren. Der neue Entgeltkatalog war in Umsetzung eines Auftrags aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erarbeitet worden. Der somatische Bereich rechnet bereits seit einigen Jahren nach Pauschalen ab.

BÜCHER

Patienten- und Betreuungsverfügung

Dieser Wegweiser bietet bundesweit gültige Formulare (im DIN-A4 Format und leicht heraustrennbar) zu Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und deren Ergänzung im Fall schwerer Krankheit sowie ein Muster zu einer Konto-/Depotvollmacht. Er informiert u.a. über Vorsorge durch Vollmacht, warum eine Generalvollmacht allein nicht ausreicht, weshalb eine Patientenverfügung so wichtig ist. Die Neuauflage berücksichtigt die neuesten Erfahrungen, die seit dem 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts gewonnen werden konnten.



Bay. Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.)
Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
13. Auflage 2013, 48 S., € 4,40
Verlag C. H. Beck, München

Gesunde Arbeit

Gesundheit als „Nebenwirkung“ eines guten Personalmanagements nutzt dem Betrieb und den Mitarbeitern gleichermaßen. So das Credo von Autorin Cornelia Schneider, die viel praktische Erfahrung aus ihrer Arbeit als Coach für Unternehmen in das Buch einfließen lässt. Sie informiert über Standards in der betrieblichen Gesundheitsförderung, ohne in bürokratischen Details zu versinken. An Hand vieler Beispiele gibt sie Einblick in die möglichen und lohnenden Verknüpfungen von Arbeit und Gesundheit.



Cornelia Schneider
Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Nebenwirkung Gesundheit
2012, 224 Seiten
€ 29,95, Verlag Hans Huber

DROGENTHERAPIE

Alles wird gut?

Versagen Abstinenztherapien bei Opiatabhängigen, bietet die Behandlung mit Drogenersatzstoffen eine letzte Chance. Die Therapie soll den Süchtigen das Überleben sichern. Über die Behandlung wacht eine Kommission von Ärzte- und Krankenkassenvertretern. Deren aktueller Bericht weist für Sachsen einen Rückgang der Patientenzahlen aus. Zieht man die Daten der Vorjahre hinzu, wird der Trend deutlicher. Nach Jahren kontinuierlichen Anstiegs bis 2010 (937 Fälle pro Quartal) sinkt die Anzahl der Fälle: 2011 auf 715 und 2012 auf 682 Fälle pro Quartal. Diese Entwicklung als Indikator für weniger Opiatkonsum liefert keinen Grund zur Entwarnung. Die Nachfolger warten schon. Crystal ist die mittlerweile dominierende Substanz im Bereich der Stimulantien. Die Zahl derer, die Crystal konsumieren, steigt obendrein in ganz Sachsen rasant an. Für Crystalkonsumenten gibt es keine letzte Therapie-Chance.

SELBSTHILFEPREIS

Jetzt bewerben!

Bewerbungen für den „Sächsischen Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ können noch bis zum 31. Juli 2013 bei der vdek-Landesvertretung eingereicht werden. Die Auszeichnung ist mit insgesamt 5.000 Euro dotiert. Die Ersatzkassen würdigen damit das herausragende ehrenamtliche Engagement von Menschen, die von Krankheit oder Behinderung betroffen sind. Prämiert werden Neuerungen, besondere Initiativen und originelle Ideen für ein Engagement in der Selbsthilfearbeit.

PFLEGE

Nachbarschaftshilfe wird honoriert



FOTO Peter Masden – Fotolia.com

Sachsen will die Betreuung demenzkranker Menschen im häuslichen Umfeld weiter verbessern. Künftig sollen nicht nur professionelle Anbieter, sondern auch Helfer aus der Nachbarschaft für die Aufgabe gewonnen werden. Die Staatsregierung hat einen Referentenentwurf zur Novellierung der Betreuungsangebotsverordnung (BAVO) vorgelegt. Danach darf ein Nachbarschaftshelfer maximal zwei Personen betreuen und höchstens 10 Euro pro Stunde abrechnen. Die Helfer haben allerdings einige Voraussetzungen zu erfüllen. So müssen sie pflegerisch geschult sein und dürfen nicht zusammen mit der zu betreuenden Person leben. Die Ersatzkassen erwarten von der Nachbarschaftshilfe eine Entlastung pflegender Angehöriger und eine Belebung bürgerschaftlichen Engagements.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen des vdek
Glacisstraße 4, 01099 Dresden
Telefon 03 51 / 8 76 55-37
Telefax 03 51 / 8 76 55-43
E-Mail LV-Sachsen@vdek.com
Redaktion Dirk Bunzel
Verantwortlich Silke Heinke
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-214X