

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **PFLEGEREFORM** Unterschiedliche Interpretation bei Leistungskatalog | **SOZIALWAHL** Versicherte wählen Parlamente | **NOTFALLSANITÄTER** Mehr Kompetenzen für Retter ungewiss

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2017

AUSSCHREIBUNG

Sächsischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen 2017



FOTO: Benedikt Ziegler

DIE GRUPPE GIBT HALT: Junge Rheumatikerin

Sie leiden unter Depressionen, haben Rheuma oder Brustkrebs. Viele Menschen sind chronisch krank. Unterstützung finden sie in Selbsthilfegruppen, wo sich Betroffene auf Augenhöhe austauschen und gemeinsam aktiv sind. Die Ersatzkassen schreiben in diesem Jahr zum sechsten Mal den „Sächsischen Selbsthilfepreis“ aus. Gesucht werden innovative Projekte, die die Selbsthilfe fördern: Auf welche Weise unterstützt sich die „Generation Internet“? Wie bleibt Selbsthilfefarbeit über viele Jahre interessant? Wie gewinnt man erfolgreich Nachwuchs für die Gruppe? Für die besten Ideen wird ein Preisgeld von insgesamt 10.000 Euro vergeben. Über die Vergabe entscheidet eine Fachjury. Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 30.6.2017. Interessierte finden nähere Informationen auf den Internetseiten der vdek-Landesvertretung. www.vdek.com/LVen/SAC.html

VERSORGUNG

Notfallpatienten: Wo laufen sie denn hin?

Hat die Arztpraxis geschlossen, gehen viele Patienten gleich in die Krankenhaus-Notaufnahme. Andere Behandlungsmöglichkeiten bleiben oft ungenutzt. Eine Portalpraxis am Krankenhaus könnte die Patientenströme besser lenken.

Eine vermeintlich leichte Erkrankung entpuppt sich am Wochenende als hartnäckiger, das Unwohlsein wird unerträglich. Doch wo ärztlich Hilfe bekommen? Die Hausarztpraxis hat geschlossen. Welcher niedergelassene Arzt Bereitschaftsdienst hat oder wie die zentrale Telefonnummer des Dienstes lautet – keine Ahnung. Die Adresse des nächstgelegenen Krankenhauses ist dagegen bekannt. Ärzte sind in der Klinik rund um die Uhr im Dienst. Also begeben sich die Patienten ins Krankenhaus. Können sie nicht selbst hinfahren, rufen sie den Rettungsdienst. Seine Nummer kennen sie.

Krankenhäuser behandeln zunehmend Patienten, die als Selbstvorsteller in die Notaufnahmen kommen und eigentlich im niedergelassenen Bereich hätten versorgt werden können. Die Zahlenangaben variieren, Schätzungen gehen von ein bis zwei Drittel der Fälle aus. Einer der Gründe, die dieses Patientenverhalten erleichtern, liegt in der Gestalt der Versorgungslandschaft. In Sachsen bestehen nur wenige zentrale Anlaufstellen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. In einer vom vdek in Auftrag gegebenen Studie listet

das AQUA-Institut eine allgemeinärztliche und vier kinderärztliche Notdienstpraxen („Bereitschaftsdienstpraxen“) mit festem Standort auf. Mit über 90 Dienstbereichen ist der Bereitschaftsdienst im Freistaat stark zergliedert. In den jeweiligen Bereichen wechseln ständig die Bereitschaftsdienst habenden Ärzte. Da sie in eigener Praxis den Dienst leisten, ändert sich ein jedes Mal die Adresse mit. Die tagesaktuelle Adresse des Bereitschaftsdienstes lässt sich über die Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) herausfinden. Auch die Lokalpresse informiert regelmäßig. Im Notfall erinnert sich aber kaum ein Patient daran.

Viele Bagatellerkrankungen

Hohe Patientenzahlen mit „Bagatellerkrankungen“ in den Krankenhaus-Notaufnahmen haben alle Bundesländer. Der Gesetzgeber will deshalb mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Patientenströme außerhalb der Praxisöffnungszeiten mehr steuern. An den allgemein bekannten Krankenhäusern sollen zentrale Anlaufstellen („Portalpraxen“) geschaffen werden.



Aus Not geschlossene Vernunft- ehe

FOTO vdek



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Das deutsche Gesundheitswesen ist hochspezialisiert, sagen die einen. Hochfragmentiert, meinen die anderen. Suchen Patienten Hilfe, steuern sie den in ihren Augen passenden Versorger an. Die Gliederung der medizinischen Versorgung spielt allenfalls eine untergeordnete Rolle. Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind von Fehleinschätzungen der Patienten besonders betroffen. Sie werden mit Bagatellerkrankungen über Maß belastet. Um diese Fälle müssen sich eigentlich niedergelassene Ärzte kümmern. Weil Zäune zwischen beiden Versorgungsbereichen gepflegt werden und die Patienten die Behandlungspfade häufig nicht kennen, hat der Gesetzgeber reagiert. Er drängt Kassenärzte und Krankenhäuser zur Vernunft-
ehe: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Notdienstpraxen in Kliniken einrichten. Von dieser Ehe profitieren alle: Die Patienten, die in die vorgesehene Versorgung gesteuert werden. Die niedergelassenen Ärzte, die Notdienst-Patienten und das dafür vorgesehene Geld behalten. Die Krankenhäuser, deren Notaufnahmen entlastet werden. Letztendlich auch die Krankenkassen, deren Behandlungskosten medizinischer Notfälle im Rahmen bleiben. Vielleicht wird aus der Notfall-Vernunft-
ehe mehr. Vernünftig wäre das. Denn anderswo stehen weitere Zäune zwischen Versorgungsbereichen.



Diese Portalpraxen sollen die Patienten in den passenden Versorgungsstrang lenken. Das könnte der Arzt im Bereitschaftsdienst, das Krankenhaus oder – ab montagfrüh wieder – die Arztpraxis sein.

Eine Portalpraxis einzurichten, macht jedoch nur Sinn, wenn ambulant zu behandelnde Notfallpatienten gleich vor Ort versorgt werden. Das bedeutet eine Bereitschaftsdienstpraxis direkt am Krankenhaus. Die Ärzte im Bereitschaftsdienst können dann die Diagnostik des Krankenhauses nutzen und den Patienten eine umfassendere Versorgung anbieten als es bislang der einzelne niedergelassene Arzt mit seiner Praxis vermag. Denn Arzt im Bereitschaftsdienst kann an einem Tag ein Hausarzt und an einem anderen ein HNO-Arzt oder ein Augenarzt sein.

Bereitschaftsdienst zentralisieren

Eine Bereitschaftsdienstpraxis an einem festen Ort heißt, den Bereitschaftsdienst zu zentralisieren. Dieses Vorhaben kommt der Quadratur des Kreises nahe. Die KVS muss niedergelassene Ärzte motivieren, den Bereitschaftsdienst nicht mehr im Sinne einer Rufbereitschaft von zuhause aus, sondern innerhalb fremder Praxisräume durchzuführen. Ein Umdenken beginnt erst. Das war unlängst zu erleben, als am Krankenhaus Niesky eine Bereitschaftsdienstpraxis eingerichtet wurde. Dabei sollten die niedergelassenen Ärzte großes Interesse haben, möglichst viele Patienten von ihrer Leistungsbereitschaft zu überzeugen. Und nicht die ambulante Versorgung als ihr ureigenes Betätigungsfeld den in den Startlöchern stehenden Krankenhäusern überlassen. Die letzten Jahre zeigen, wo der Gesetzgeber Steigerungspotential für die ambulante Patientenversorgung sieht – bei den Krankenhäusern.

Daneben müssen die Bereitschaftsdienstordnung und die Honorarverteilungsregelungen angepasst werden. Derzeit lobt die KVS einen Zuschlag je Dienststunde im Bereitschaftsdienst aus, wenn der Dienst von daheim auf Anforderung ausgeführt wird. Diese Honorierung



FOTO M. Dörr & M. Frommherz – Fotolia.com

trägt nicht dazu bei, Ärzte zum Dienst in einer zentralen Bereitschaftspraxis zu motivieren. Besser wäre, die Mittel zu nutzen, um zentrale Bereitschaftsdienstpraxen aufzubauen. Der vdek und die Ersatzkassen würden den Schritt unterstützen und im Sinne einer Anschubfinanzierung weitere Gelder beisteuern.

Verhaltensroutinen hinterfragen

Die Krankenhäuser als weitere potentiell Beteiligte sind gehalten, offene Ohren für die Wünsche der KVS bei der Einrichtung zentraler Portal- bzw. Bereitschaftspraxen zu haben. Verschweigen darf man allerdings nicht, dass die Notaufnahmen für die Krankenhäuser dem Vernehmen nach zwar finanziell unattraktiv, aber doch immerhin auch Türöffner für Krankenhausbehandlungen sind. Diese gelten als finanziell lukrativer. Das Gutachten des AQUA-Institutes zitiert eine Studie, wonach etwa 40 Prozent der stationär behandelten Patienten die Krankenhäuser als „Notfall ohne Einweisung“ aufsuchen. Auch hier müssen für eine angemessene Patientenversorgung die herbrachten Verhaltensroutinen hinterfragt werden.

Was seit Jahresbeginn modellhaft in Niesky erprobt wird, könnte für weitere sächsische Regionen interessant sein. Die Entscheidung über diese neue Komponente der Notfallversorgung hängt mit davon ab, in welchem Maße sich Patienten wie eingangs geschildert verhalten. Hier deuten sich in Sachsen regionale Unterschiede an. ■

Unterschiedliche Interpretation bei neuem Leistungskatalog

Die Pflegereform verspricht, keinen Pflegebedürftigen schlechter zu stellen. Einige Betroffene machten zu Jahresbeginn andere Erfahrungen. Für sie wurde die Pflege teurer.

Die Pflege soll besser werden. Eine entscheidende Etappe bei dem Vorhaben ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der seit Januar gilt. Mit der Neuerung verbunden sind mehr und höher honorierte Leistungen für die Pflegebedürftigen. Das betrifft auch die ambulante Pflege. Gestiegene Sachleistungsbeiträge vonseiten der Kassen sollen verhindern, dass der erwünschte Kostenschub den Pflegebedürftigen aufgebürdet wird. Ein Beispiel: Die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade war neben einer neuen Eingruppierung („Stufensprung“) mit höheren Sachleistungsbeträgen verbunden. Gab es etwa für die Pflegestufe zwei 1.298 Euro, sind es heute für Pflegegrad drei 1.612 Euro. Doch einige Pflegebedürftige berichteten von gestiegenen monatlichen Zuzahlungen. Wurde zu viel versprochen?

Bei der ambulanten Pflege wählen Pflegebedürftige die benötigten Leistungen („Leistungskomplexe“) aus einem Angebotspaket („Leistungskomplexsystem“). Dieses Angebot hatten Pflegekassen und Pflegeverbände in Sachsen mit Blick auf die Pflegereform überarbeitet. Weil die fachliche Neukonzeption noch Zeit braucht, einigten sich die Verhandlungspartner auf eine Übergangsregelung. Die Regelung beinhaltet eine höhere Vergütung einzelner Leistungskomplexe: Wurde etwa das Zubereiten des Frühstücks früher mit 60 Punkten bewertet, sind es jetzt 70 Punkte. Hinzu kommt der erhöhte pflegedienstindividuelle Punktwert. Diese Maßnahmen sollten die Pflegedienste entlasten und ihnen mehr Zeit für die Pflege geben. Außerdem wurde das



DAHEIM LEBEN: In Sachsen werden rund 50.000 Menschen durch ambulante Pflegedienste versorgt.

Leistungskomplexsystem in Teilen inhaltlich neu gefasst, um es Pflegebedürftigen zu erleichtern, das Benötigte auszuwählen. Dafür wurden einige Leistungskomplexe zusammengeführt, die ohnehin zusammen gewählt werden. Beispielsweise kamen zur Großen Morgentoilette das Richten des Bettes, die Toilettenstuhl-leerung und der Kleidungswechsel. Um deutlich zu machen, für welche Pflegebedürftigen welche Leistungen passen, wurden die Leistungen zusätzlich nach Mobilität kategorisiert – bettlägerig oder nicht bettlägerig.

In den meisten Fällen decken die erhöhten Sachleistungsbeträge die Kosten der benötigten Leistungen ab. Jedoch wurden auch Fälle bekannt, wo die Versorgung teurer wurde. Dort hatten Pflegebedürftige die neuen Leistungskomplexe

anders interpretiert und zusammengestellt als von den Autoren des neuen Leistungskomplexsystems beabsichtigt war.

»Das Leistungskomplexsystem wurde in Teilen inhaltlich neu gefasst.«

Nachdem das Problem bekannt wurde, haben die Ersatzkassen auf eine schnelle Lösung hingearbeitet. Seit Anfang März sind die Irritationen beseitigt. Die sächsische Pflegesatzkommission einigte sich auf ein nochmals modifiziertes Leistungskomplexsystem. Interessierte finden die neue Fassung auf der Homepage der vdek-Landesvertretung. ■

Wer Beiträge zahlt, soll auch mitbestimmen

Sozialwahl

2017

Für Gesundheit & Rente



2017 ist ein Wahljahr. Der Bundestag wird neu gewählt und in drei Bundesländern die Landtage. Noch eine weitere Wahl steht an – die Sozialwahl. Über zwei Millionen Versicherte allein in Sachsen bestimmen bei der Sozialwahl, welche Versicherten in den Parlamenten der Ersatzkassen sowie der Renten- und Unfallversicherung sitzen und dort die wichtigen Entscheidungen treffen. Nach dem Motto: Wer Beiträge zahlt, soll auch mitbestimmen. Bei der Sozialwahl werden die Kandidaten nicht direkt gewählt, sondern Organisationen und Interessengruppen stellen Listen mit Kandidaten auf. Diese Listen konkurrieren um die Sitze in den Parlamenten der Sozialversicherungsträger. Bei den Ersatzkassen heißen diese Parlamente Verwaltungsräte. Je mehr Stimmen eine Liste bekommt, umso größer sind die Aussichten, dass mehrere Kandidaten dieser Liste einen Platz im jeweiligen Verwaltungsrat erhalten. Gewerkschaften und andere Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- und berufspolitischen Zielen können Listen zusammenstellen. Auch Arbeitgebervereinigungen haben diese Möglichkeit. Daneben können Versicherte auch eigene Listen – sogenannte freie Listen – einreichen. Informationen, wer 2017 bei den Ersatzkassen zur Wahl steht, finden Interessierte auf deren Homepages.

Verwaltungsrat: Ehrenamtliches Aufsichtsgremium

Selbstverwaltung bedeutet Selbstgestaltung. Die Mitglieder der Verwaltungsräte sorgen dafür, dass die Krankenkassenbeiträge im Sinne der Versicherten eingesetzt werden.



FOTO: BARMER

Aktiengesellschaften haben Aufsichtsräte, gesetzliche Krankenkassen Verwaltungsräte. Bei den Krankenkassen wählen Mitglieder aus ihren Reihen das oberste Gremium, den ehrenamtlich besetzten Verwaltungsrat. Er bestimmt die Grundzüge der Unternehmenspolitik.

Der Rat regelt beispielsweise freiwillige Versicherungsleistungen, die über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehen. Diese erweiterten Leistungen sind von Kasse zu Kasse verschieden. Das können beispielsweise Wahltarife, Reiseschutzimpfungen oder die Haushaltshilfe sein. Auch Bonusprogramme und Modellvorhaben schreibt der Verwaltungsrat in die Satzung.

Mit seiner Arbeit sorgt der Verwaltungsrat dafür, dass die Beitragsgelder sinnvoll eingesetzt werden. Eine seiner Aufgaben ist es, den vom Kassenvorstand aufgestellten Haushaltsplan zu

genehmigen. Zudem nehmen die Selbstverwalter den Jahresabschluss ab, entscheiden über die Auszahlung von Prämien oder die Erhebung von Zusatzbeiträgen.

Breites Themenspektrum

Von Finanzen über Organisationsfragen bis zur medizinischen Versorgung – für das breite Themenspektrum, über das der Verwaltungsrat zu entscheiden hat, braucht es Spezialwissen. Damit die Entscheidungen solide vorbereitet werden können, setzt der Rat eigene Fachausschüsse ein.

Außerdem bildet das Gremium Widerspruchsausschüsse. Diese werden tätig, wenn Versicherte mit einer Entscheidung ihrer Kasse nicht einverstanden sind. Das kann beispielsweise ein aus Sicht der Versicherten zu Unrecht abgelehnter Antrag auf eine stationäre Rehabilitation sein. ■

INTERVIEW

„Helfen, sich im Sozialsystem zurechtzufinden“

Rosemie Bilz engagiert sich als Versichertenberaterin und Verwaltungsratsmitglied der Techniker Krankenkasse (TK). Wir sprachen mit der Radebeulerin über ihre Tätigkeit als Selbstverwalterin.

Seit über 20 Jahren sind Sie Selbstverwalterin. Was motiviert Sie, sich für andere Versicherte zu engagieren?

Als Verwaltungsleiterin einer Dresdner Hochschule musste ich mich nach der Wende mit dem für uns neuen Sozialrecht beschäftigen. Als die Anfrage kam, TK-Versichertenberaterin zu werden, konnte ich Freunden und Kollegen mit meinem Wissen helfen. Diese Tätigkeit hat sich als eine schöne Aufgabe erwiesen. Es gibt so viele Menschen, die sich nicht auskennen. Sie sind dankbar, wenn ihnen jemand bei ihren Anliegen hilft.

Wie muss man sich Ihre Arbeit vorstellen?

Da gibt es zum Beispiel Fälle, wie der eines Kranken, dem ein Bein amputiert worden ist. Er will eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragen, kommt aber aus seinem Hochhaus nicht weg. Ich fahre dann zu ihm hin und helfe, die Unterlagen auszufüllen. Oder im Finanzausschuss des TK-Verwaltungsrates. Dort haben wir entschieden, die hohen Finanzreserven an die Versicherten auszuzahlen anstatt für professionelle Zahnpflege auszugeben.

Viele Versicherte wählen zum ersten Mal, andere sind unschlüssig. Welche Gründe sprechen dafür, an der Sozialwahl teilzunehmen?

Versichertenberater helfen anderen Versicherten, sich im Sozialgesetzbuch zurechtzufinden. Wenn sie nicht wären, gäbe es häufig niemanden in der Nähe, der die Versicherten berät. Das Netz der Beratungsstellen ist viel zu grobmaschig. Falls jemand schnell Hilfe braucht, kommen die Berater auch mal an einem Sonntag vorbei.



ROSEMIE BILZ, TK-Selbstverwalterin

Mit Blick auf die verschiedenen Gremien, in denen sie mitarbeiten – wovon profitieren die Versicherten noch?

Nicht alles in der Sozialgesetzgebung ist bis ins Detail geregelt. Oft sind es Ermessensentscheidungen. In den Widerspruchsausschüssen, wenn es beispielsweise um die Genehmigung einer Kur oder die Übernahme von Transportkosten geht, sind wir die Anwälte der Versicherten. Wir erheben auch unsere Stimme, wenn eine geplante Regelversorgung nur Hörgeräte gestatten soll, die wie eine Blechdose schallen.

Sie kandidieren erneut. Was wollen Sie als Selbstverwalterin noch erreichen?

Das Sozialgesetzbuch müsste vereinfacht werden. Es müsste klarer und deutlicher geschrieben werden. Nicht zuletzt dafür wünsche ich mir, geistig und körperlich fit zu bleiben, um im Rahmen meiner Möglichkeiten meinen Mitmenschen weiterhin zu helfen. ■

WAHLTERMINE

Briefkasten als Wahlurne



FOTO: Techniker Krankenkasse

Allgemeiner Wahltag für die Sozialwahl ist der 31.5.2017. Für die BARMER hat die Bundeswahlbeauftragte einen späteren Wahltermin festgelegt. Hier liegt der Wahltag am 4.10.2017. Hintergrund ist die Fusion der BARMER GEK und der Deutschen BKK zu Jahresbeginn.

Alle Mitglieder, die am 1. Januar 2017 das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind bei den Ersatzkassen wahlberechtigt. Die Nationalität spielt keine Rolle. Weil die Sozialwahl eine Briefwahl ist, müssen die Wahlberechtigten nicht in ein Wahllokal gehen. Die Wahlunterlagen erhalten sie von ihrer Ersatzkasse nach Hause zugestellt. Diese bestehen aus einem Anschreiben mit rotem Wahlbriefumschlag und einem Stimmzettel. Jeder Wahlberechtigte hat eine Stimme, die er einer der kandidierenden Listen auf dem Stimmzettel geben kann. Der ausgefüllte Stimmzettel kommt dann in den Wahlbriefumschlag, den er per Post an seine Ersatzkasse schickt – der Briefkasten dient somit als Wahlurne.

Wahltag heißt Einsendeschluss. Am Wahltag muss bis 24 Uhr der rote Wahlbriefumschlag bei der Krankenkasse eingegangen sein. Es gilt das Datum des Posteingangs, nicht des Poststempels. Die Wahlunterlagen verschicken die Ersatzkassen etwa einen Monat vorher. Auf Nummer Sicher geht, wer nach Erhalt der Unterlagen seinen Stimmzettel sofort ausfüllt und abschickt.

BARMER

Grenzen zwischen Versorgungsbereichen überwinden



FOTO BARMER

DR. FABIAN MAGERL

Neuer Landesgeschäftsführer der BARMER ist seit 1.1.2017 Dr. Fabian Magerl (41). Der Jurist folgt Paul-Friedrich Loose nach, der Ende letzten Jahres in den Ruhestand ging. Magerl arbeitet seit 2011 bei der BARMER GEK in Sachsen, wo er den Politikbereich verantwortete. Bei der BARMER will er vor allem das Betriebliche Gesundheitsmanagement ausbauen. Kleine und mittelständische Betriebe als auch Großunternehmen könnten dabei auf passende Gesundheitsangebote zugreifen. Als ganz persönliche Herzensangelegenheit betrachtet der BARMER-Landeschef das Thema Pflege. In kaum einem anderen Bereich der Sozialpolitik bewege sich zurzeit ähnlich viel. „Mir ist es wichtig, im Wettbewerb weiterhin als exzellenter Ansprechpartner an der Spitze zu stehen“, so Magerl.

Eine andere große Herausforderung sei, die Grenzen zwischen Versorgungsbereichen zu überwinden. Dazu seien eine gemeinsame Versorgungsplanung von ambulant und stationär, die gleiche Vergütung für gleiche Leistungen und eine größere Vernetzung der Leistungserbringer notwendig.

DAK - GESUNDHEIT

Zivilisationskrankheiten stehen im Fokus



FOTO DAK-Gesundheit/Wigger

CHRISTINE ENENKEL

Eine personelle Veränderung gab es auch an der Spitze der DAK-Gesundheit im Freistaat. Mitte Januar übernahm Christine Enenkel die Leitung des Vertragsgebietes Sachsen. Sie trat die Nachfolge von Roland Bell an, der den Bereich bis zu seiner Pensionierung im Dezember vorigen Jahres führte. Die gelernte Versicherungskauffrau und studierte Gesundheitsökonomin ist seit 1990 im Unternehmen tätig. Zuletzt leitete die 46-Jährige das Kundenmanagement Sachsen. Im Mittelpunkt der Gespräche mit regionalen Leistungspartnern steht für sie, hochwertige Versorgungsmöglichkeiten insbesondere für die sogenannten Zivilisationskrankheiten zu entwickeln. „Ein ganz aktuelles Thema ist die Verbesserung der Tumornachsorge“, sagt Enenkel. „Infolge der demografischen Entwicklung werden immer mehr Menschen mit einer Krebsdiagnose konfrontiert und das nicht nur einmal im Leben.“

Zugleich bekannte sich die neue Vertragsgebietsleiterin zu einer stärkeren Zusammenarbeit aller Verantwortlichen bei Themen wie dem Präventionsgesetz und der Pflegereform.

ZAHNGESUNDHEIT

Gruppenprophylaxe: Vorsorge für über 300.000 Kinder

Im Schuljahr 2015 / 2016 haben 336.559 Kinder und Jugendliche in Sachsen an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe teilgenommen, das sind 85 Prozent der Anspruchsberechtigten. Damit wurde das hohe Teilnahmeniveau der Vorjahre wieder erreicht. Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Sachsen organisiert im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen diese Form der Gesundheitserziehung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Die Gruppenprophylaxe beinhaltet unter anderem Tipps zur Mundhygiene, eine Ernährungsberatung und die Motivation zum Zahnarztbesuch. Das Vorsorgeangebot gibt es ab dem Kleinkindalter bis zum zwölften Lebensjahr, in besonderen Fällen bis zum 16. Lebensjahr.

Für das Frühjahr hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) eine epidemiologische Begleitstudie zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe angekündigt. Die bundesweite Studie soll Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen zum Zahnstatus der Kinder und Jugendlichen vorstellen. Zugleich werden mögliche Schlussfolgerungen für eine weitere Verbesserung der mundgesundheitlichen Prävention, insbesondere der Gruppenprophylaxe, erwartet. Die DAJ hatte eine Bilanz der epidemiologischen Begleituntersuchungen zuletzt 2009 veröffentlicht.

NOTFALLSANITÄTER

Besser ausgebildet, aber mehr Kompetenzen ungewiss



FOTO: benjaminmollé – Fotolia.com

Die medizinischen Kompetenzen für Notfallsanitäter sind in Sachsen weiterhin ungeklärt. Die Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes haben sich auf einheitliche Handlungsrichtlinien für das neue Berufsbild nicht einigen können. Lediglich einzelne Rettungsdienstbereiche wie Leipzig haben Vorgaben gemacht. „Was nützt es hochqualifiziertes Personal auszubilden, das nicht mehr machen darf als vorher?“, fragt Steffen Kögler, Rettungsdienst-Referent in der vdek-Landesvertretung. Durch die Nachqualifizierung von Rettungsassistenten stünden bereits jetzt Notfallsanitäter bereit. Bei vielen verzögere sich jedoch der Einsatz, weil für ihre Tätigkeit noch Fragen offen sind.

Notfallsanitäter sollen eigenständiger als die bisherigen Rettungsdienstassistenten medizinische Notfallhilfe leisten dürfen. Das sieht das 2014 in Kraft getretene Notfallsanitätergesetz vor. Die Inhalte der Ausbildung wurden erweitert und die Dauer zum Erlernen des Berufs von zwei auf drei Jahre erhöht. In Sachsen soll der Notfallsanitäter den Rettungsassistenten bis 2023 ablösen. Der erste Jahrgang begann 2014 seine Ausbildung. Parallel startete 2016 die Nachqualifizierung von Rettungsdienstassistenten. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren Ausbildung und Nachqualifizierung von Notfallsanitätern.

Kögler sagte, auch die Bedingungen der Ausbildung müssten endlich abschließend zwischen den Beteiligten geklärt werden. „Allein 2017 stellen die Krankenkassen rund 13 Millionen Euro bereit. Warum diese Summe für die Schulung von 100 Rettern nicht ausreichen soll, ist nicht nachvollziehbar.“ Probleme bereiteten die Praktikumskosten in Krankenhäusern. Die Häuser bemängelten Deckungslücken, insbesondere in den Bereichen der Notaufnahme, der Anästhesie- und der OP-Abteilung. Sie machten Kosten geltend, die rund 25 Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegen. „Damit wäre die Praxisanleitung in Sachsen viel teurer als etwa in Baden-Württemberg, das bei Krankenhauskosten gewiss kein Billigland ist“, so Kögler.

KURZ GEFASST

Vermittlung von Arztterminen

Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen konnte im letzten Jahr 3.003 Termine bei Fachärzten erfolgreich vermitteln. Insgesamt 3.353 Patienten hatten über die Hotline angefragt. Die meisten Anfragen betrafen Termine bei der Neurologie (692), der Augenheilkunde (571) und der Psychiatrie (335).

Männerdomäne

Führungspositionen in der Medizin sind männlich dominiert: Der Anteil von Frauen in der berufstätigen Ärzteschaft beträgt in Sachsen 53 Prozent. Bei den leitenden Ärzten im Krankenhaus liegt der Anteil an Ärztinnen dagegen nur bei 17 Prozent. Darauf weist dies die Sächsische Landesärztekammer in einer Presseinformation hin.

Notrufzentrale

In Chemnitz ging die neue Regionalleitstelle in Betrieb. Sie koordiniert Notfalleinsätze von Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Die Chemnitzer Einrichtung ist die letzte von insgesamt fünf regionalen Zentralen in Sachsen, die fertig gestellt wurde. Die Regionalleitstellen sollen die kleineren Leitstellen im Freistaat ablösen.

ÄRZTENACHWUCHS

Masterplan Medizinstudium

Eine Arbeitsgruppe von Bund und Ländern hat einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen. Das Programm beinhaltet unter anderem eine praxisnahe Ausbildung, die Stärkung der Allgemeinmedizin und die Möglichkeit, eine Landarztquote bei der Vergabe von Studienplätzen einzuführen. Für Sachsen kommt der Masterplan sehr spät. Würde der Plan sofort umgesetzt, vergingen aufgrund der Dauer der Mediziner Ausbildung 15 Jahre, ehe er im Versorgungsalltag wirkt. Bereits jetzt fehlen Hausärzte im Freistaat, insbesondere im ländlichen Raum. Rund ein Viertel der praktizierenden Hausärzte ist 60 Jahre und älter und geht in absehbarer Zeit in den Ruhestand. Seit zehn Jahren entwickeln deshalb die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Fördermaßnahmen, um hausärztlichen Nachwuchs zu gewinnen. Die Hochschulseite hielt sich bislang mit eigenen Initiativen zurück.

BÜCHER

Soziale Pflegeversicherung, 2015

Pflegebedürftigkeit entwickelt sich für immer größere Bevölkerungsteile zum Regelfall im Lebenszyklus. Gezeigt wird, dass Beitragssatzanpassungen insbesondere vor dem Hintergrund regelmäßiger Leistungsdynamisierungen unausweichlich sein werden. Die Beitragssatzdynamik wird dabei langfristig und über die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er- und 1960er-Jahren hinaus beeinflusst. Der neu geschaffene Vorsorgefonds federt finanzielle Teilbelastungen zwar ab, allerdings nur in einem sehr begrenzten Ausmaß.



Dr. David Bowles
Finanzentwicklung der
sozialen Pflegeversicherung
422 S., 79 €,
Nomos Verlag Baden-Baden

Gesundheitswesen – Perspektiven

Fritz Beske beschreibt die Gründe für den Handlungsbedarf, gefolgt von konkreten Vorschlägen. Behandelt werden Themen wie Krankenhausstruktur, hausärztliche Versorgung, Qualitätssicherung, Stellung des gemeinsamen Bundesausschusses und die elektronische Gesundheitskarte. Die sich weiter öffnende Schere zwischen Versorgungsbedarf in Gesundheit und Pflege bei abnehmenden finanziellen und personellen Ressourcen erfordert Einschränkungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Handeln muss die Politik!



Fritz Beske
Perspektiven
des Gesundheitswesens
116 S., 24,99 €,
Springer Verlag

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Kassenprogramme sollen Landesaktivitäten unterstützen



FOTO Irina Schmidt – Fotolia.com

Angebote für eine gesündere Lebensweise sollen in Sachsen mehr Menschen erreichen. Mit diesem Vorhaben beschäftigt sich eine erste Landeskonferenz, die im Oktober 2017 in Dresden stattfinden wird. Die Tagung soll alten und neuen Partnern eine Plattform bieten, sich zu Prävention und Gesundheitsförderung im Lebensumfeld austauschen und Ideen für gemeinsames Handeln zu entwickeln. Sozialkassen und Landessozialministerium hatten im vergangenen Jahr mit der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz eine engere Zusammenarbeit beschlossen. Seither bereitet ein Steuerungsgremium die konzeptionelle Umsetzung vor und erarbeitet Möglichkeiten, weitere Mitstreiter einzubeziehen. Bei einem Treffen im April sprachen sich Kassen und Ministerium dafür aus, das für das Schuljahr 2017/18 geplante Ernährungsprogramm der sächsischen Ministerien für Kultus und Soziales zu unterstützen. Das Programm sieht Angebote an Milch, Obst und Gemüse für Kindertageseinrichtungen und Grundschulen vor. Die gesetzlichen Krankenkassen wollen die Aktivitäten des Landes mit eigenen Aktionen begleiten, wie mit dem Gesundheitsförderungsprogramm „Klasse 2000“, der Ernährungsinitiative „Ich kann kochen“ oder dem Zertifizierungsverfahren „Gesunde KiTa“.

TELEMEDIZIN

Schnelles Internet notwendig



FOTO rocketclips – Fotolia.com

Die ärztliche Videosprechstunde ist seit Monatsbeginn reguläre Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Voraussetzung sind allerdings schnelle Internetverbindungen. „Hier besteht dringender Nachholbedarf“, sagt die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen, Silke Heinke. Die Einführung der elektronischen Abrechnung für Notärzte unterstreiche die Notwendigkeit. Das Vorhaben ziehe sich in die Länge, weil häufig die Infrastruktur für die Datenübertragung nicht entsprechend ausgebaut sei. Heinke begrüßte das neue Angebot. Es reihe sich in die Bemühungen der Landesregierung ein, die Telemedizin in Sachsen voranzubringen. „Besonders in Regionen, in denen die Wege zum Arzt länger sind, kann die Videosprechstunde die ärztliche Versorgung ergänzen.“

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
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-214X