

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **CHRONIKERPROGRAMME** Zehnjähriges Bestehen | **REHA-KLINIKEN** Krankenkassen prüfen Qualität
FRÜHFÖRDERUNG Schnellerer Zugang zur Therapie | **SELBSTHILFE** Sächsischer Ersatzkassenpreis ausgelobt

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JUNI 2012

HEIMBEWOHNERGESETZ

Größere betreute Wohngruppen



FOTO: Liddy Handöhr - Fotolia.com

WOHNGEMEINSCHAFT oder schon Heim?

Der überarbeitete Kabinettsentwurf für ein sächsisches Heimbewohnergesetz könnte die baldige Verabschiedung des Gesetzes bringen. Die von den Regierungsfractionen eingebrachten Änderungen sehen unter anderem eine Erhöhung der Platzzahl bei betreuten Wohngruppen für psychisch Kranke vor. Statt sechs sollen neun Bewohner unter einem Dach leben können, ehe ihr gemeinsames Wohnen unter das Heimrecht fällt. Die Begründung spricht von „möglichen künftigen Bedürfnissen dieses Personenkreises“. Denen will man entgegenkommen und so Normalität ermöglichen. Das Ansinnen ist richtig, das Vorgehen fraglich. Wenn die Betroffenen noch nicht diese Bedürfnisse haben, wer hat sie dann? Üblicherweise haben Wohngemeinschaften kleinere Bewohnerzahlen. Die Schutzfunktion des Heimrechts sollte so leicht nicht aufgegeben werden.

NOVELLIERUNG

Umstritten: Sächsisches Blaulichtgesetz

Die Auswahlverfahren im sächsischen Rettungsdienst kamen nie voll zum Tragen. Übergangsfristen und Rechtsstreitigkeiten bremsten sie. Der Landtag setzte schließlich die Verfahren ganz aus, um die landesgesetzliche Grundlage zu überarbeiten.

Bis spätestens zum Jahresende 2012, so die Vorgabe, muss die Novellierung des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz („Blaulichtgesetz“) stehen. Die federführenden Fraktionen lassen keinen Zweifel aufkommen, dass sie Willens sind, den Termin zu halten. Seit März liegt ihr Gesetzentwurf vor.

Der Entwurf versucht es vielen recht zu machen, stellt aber keinen wirklich zufrieden. Auch weil sich die Änderungen nicht auf die Vergabe-Thematik beschränken und bereits im Blaulichtgesetz von 2004 Verankertes wieder in Frage stellen, fällt die Zustimmung eher verhalten aus. Oder das Gesetz wird ganz abgelehnt, wie bei der Petitions-Kampagne zu erleben.

Sicherheit für Patienten

Sachsen braucht eine gesetzliche Grundlage, die auch in Zukunft einen qualitativ hochwertigen Rettungsdienst garantiert. Die Patienten erwarten im Notfall die Sicherheit, schnell und gut versorgt zu werden. Alle Anstrengungen, den

Rettungsdienst zu gestalten, müssen auf dieses Ziel ausgerichtet sein.

Die zunehmende Morbidität der älter werdenden Bevölkerung Sachsens, ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten und eine bessere Ausstattung der Rettungsfahrzeuge mit Medizintechnik und Medikamenten haben neben anderen Einflüssen indessen zu enormen Kostensteigerungen beim Rettungsdienst der letzten Jahre beigetragen. Von 2005 bis 2011 erhöhten sich die jährlichen Gesamtkosten um rund 43 Millionen Euro, was einer Gesamtsteigerungsrate von etwa 37 Prozent entspricht.

Größere Kostensensibilität

Diese Entwicklung ist eine gemeinsame Herausforderung für alle am Rettungsdienst in Sachsen Beteiligten. Die Aufgabe steht, auch für die nächsten Jahre einen qualitativ erstklassigen, aber zugleich finanzierbaren Rettungsdienst sicherzustellen. Das erfordert die Bereitschaft zu größerer Kostensensibilität.

Diese kann es nur durch Wettbewerb geben. Denn Wettbewerb verlangt ein



Mitspracherechte vergessen?

FOTO: vdek



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Der Novellierungsentwurf zum „Blaulichtgesetz“ setzt zur Rolle rückwärts an. Die Mitspracherechte der Krankenkassen werden ausgehebelt, auf ein Minimum reduziert. Das 2004 verabschiedete Gesetz war an der Stelle schon weiter. Es sah vergleichsweise umfassende Mitspracherechte vor. Nicht ohne Grund. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten Land und Kommunen aus schwieriger Situation geholfen und im Gegenzug diese Rechte erhalten. Die Kassen übernahmen damals Finanzierungsverantwortung für Rettungswachen und Leitstellen. Die öffentliche Hand wurde entlastet, während die Krankenkassen mehr zu schultern hatten. Zudem übernahmen sie die Absicherung der notärztlichen Versorgung. Deren Rechtslage war seit Jahren weitestgehend ungeklärt. Diese Rettungsaktion für den Notfalldienst ist nach wie vor bundesweit einmalig. Weil seit acht Jahren die Kassengelder kontinuierlich fließen und Patienten im Notfall schnell und gut versorgt werden, sinkt offenbar das Interesse mancher Teilnehmer, eigene Zusagen einzuhalten. Der Rettungsdienst sei ein besonders sensibler Bereich, von dem Verlässlichkeit erwartet wird, ist dieser Tage wieder und wieder zu hören. Das Gleiche erwarten die Krankenkassen jetzt vom sächsischen Gesetzgeber: Mehr Mitspracherechte für die gesetzliche Krankenversicherung!



Nachdenken über Wirtschaftlichkeit. Die jetzt alternativ ins Gespräch gebrachte Verstaatlichung der Aufgaben des Rettungsdienstes („Kommunalisierung“) heißt nichts anderes als Monopolbildung. Diese würde Stillstand bedeuten und die Hilfsorganisationen von einer Beteiligung am Rettungsdienst generell ausschließen. Für Sachsen wäre das ein großer Verlust.

Den richtigen Weg zu Wettbewerb bildet die Einführung eines förmlichen Vergabeverfahrens. Die Ersatzkassen begrüßen deshalb, dass der Gesetzentwurf diesen Gedanken aufnimmt. Einzig ein förmliches Vergabeverfahren ist mit Blick auf die höchstrichterlichen Entscheidungen auf Bundesebene und auf europäischer Ebene rechtssicher. Der Rettungs-

»Einzig Vergabeverfahren bieten Rechtssicherheit im Rettungsdienst.«

dienst braucht Rechtssicherheit, soll er nicht durch eine jahrelange weitere Hängepartie Schaden nehmen. Ein förmliches Vergabeverfahren schafft außerdem Transparenz für alle Beteiligten. Vor allem aber müssen die hohen qualitativen Anforderungen klar vorgegeben werden.

Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, ein vollumfängliches Vergabeverfahren durchzuführen, weil damit die Gefahr der Lohndrückerei verhindert wird. Neben

der Personalgestellung fließen die Kosten für Fahrzeuge, Medikamente und Rettungswachen als Bestandteile in die Kalkulation ein. Nur qualifiziertes Personal kann die hohen Standards des Rettungsdienstes erfüllen! Es sollte klar sein, dass diese Fachleute nicht zu Billiglöhnen zu haben sind.

Mitwirkung verankern

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt annähernd 90 Prozent der Kosten des Rettungsdienstes. Sie steht deshalb in besonderer Verpflichtung im Umgang mit dem Geld ihrer Versicherten. Von einer Mitwirkung bei der Gestaltung des Rettungsdienstes sind die Krankenkassen in Sachsen weit entfernt.

Nach wie vor werden Standortwahl der Rettungswachen und die Vorhaltung der Technik durch lokale Eigeninteressen dominiert. Notwendige strukturelle Veränderungen kommen seit Jahren nicht voran. Die gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen haben einen Sicherstellungsauftrag für die notärztliche Versorgung ohne die erforderlichen Kompetenzen erhalten zu haben! Hier wird leichtfertig „mit dem Feuer gespielt“. Es ist an der Zeit, diesen Missstand zu überwinden. Die intensive, gleichberechtigte Einbindung der Krankenkassen bei der Bedarfsplanung im Bereich der niedergelassenen Ärzte zeigt, dass zusammen erfolgreich Versorgungsprobleme gelöst werden können. ■



FOTO: Sengas – Fotolia.com

QUALIFIZIERTES PERSONAL gibt es nicht für Billiglöhne

Zehn Jahre Disease Management Programme in Sachsen

Schon ihr Name machte sie bei der Einführung zu Exoten – die speziellen Behandlungsprogramme für ausgewählte chronische Krankheiten. Heute gehören sie zum medizinischen Versorgungsalltag.

Seit 2002 haben die Ersatzkassen zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den anderen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease Management Programme (DMP), in Sachsen etabliert. Mittlerweile gibt es mit Diabetes mellitus Typ I und Typ II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sechs verschiedene Behandlungsprogramme.

Bei der Einführung dieser Programme gelang es, eigene sächsische Behandlungsleitlinien, wie die Diabetesvereinbarung, zu berücksichtigen und mit den auf der Bundesebene entwickelten Behandlungsleitlinien in den Praxisalltag überzuleiten. Anliegen dabei war, die Versorgung auf konstant hohem Niveau zu halten und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse einfließen zu lassen.

Gelungene Integration

Rund 13 Prozent der Ersatzkassen-Versicherten, das sind rund 120.000 Versicherte, nehmen in Sachsen an den angebotenen DMP's teil. Das ist bundesweiter Spitzenwert. Für die besondere Versorgung dieser eingeschriebenen Versicherten im DMP geben die Ersatzkassen jährlich circa 10 Millionen Euro aus. Seitens der Leistungserbringer haben sich in Sachsen nahezu 3.000 Ärzte und 60 Kliniken für eine Teilnahme entschieden. Angesichts der breiten Beteiligung kann von einer großer Akzeptanz der Programme bei den Versicherten und den Leistungserbringern gesprochen werden.



FOTO: Gianpiero Corbelli - Fotolia.com

ASTHMA-SCHULUNGSPROGRAMME schon für Kinder

Die Einschreibezahlen der Versicherten zeugen zugleich von der demografischen Entwicklung und die recht weite Verbreitung der DMP-Volkskrankheiten in Sachsen. Umso wichtiger ist es, dass die im Rahmen der Behandlungsprogramme vereinbarten Ziele beständig ausgewertet werden. Die halbjährlich zentral erstellten Ergebnisberichte unterstützen die teilnehmenden Ärzte, die Arbeit der eigenen Praxis zu analysieren und gegebenenfalls neue Schwerpunkte für die Patientenbehandlung zu setzen.

Erfolgsfaktor Schulungen

Erkennen lässt sich, dass die Patienten von dem hohen Grad der koordinierten ärztlichen Betreuung und individuellen Schulung zum Umgang mit ihrer Erkrankung profitieren. Gerade das besonders breit gefächerte und auf die Belange der Patienten ausgerichtete Schulungsprogramm, mit dem der eigenverantwortliche Umgang

mit ihrer Erkrankung gefördert werden soll, trug entscheidend zum Erfolg der Programme in Sachsen bei.

Verbesserungspotentiale bestehen noch bei der Medikamentenverordnung und der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Erfreulich ist, dass

»Sachsen hat hinsichtlich seiner Versichertenzahl den größten Anteil an DMP-Teilnehmern.«

die Patienten überwiegend im ambulanten Bereich versorgt werden und Aufenthalte im Krankenhaus nur in seltenen Fällen notwendig werden.

Weitere strukturierte Behandlungsprogramme sind in Vorbereitung. Derzeit wird beispielsweise an DMP's zur Raucherentwöhnung und zur Behandlung von Adipositas gearbeitet. ■

Gesucht: Dusche mit Notruf

Die Pause im bundesweiten GKV-Qualitätssicherungsverfahren von Rehakliniken wurde in Sachsen zur Chance. Krankenkassen haben erstmals die Qualität selbst geprüft und dabei alle Einrichtungen einbezogen.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2007 brachte auch für die Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation grundlegende Gesetzesänderungen. Eine der Konsequenzen war, dass das bisherige gemeinsame Instrument der gesetzlichen Krankenkassen, das QS-Reha[®]-Verfahren, nicht mehr unverändert verwendet werden konnte und überarbeitet werden musste. Die Zeit der Überarbeitung nutzten vdek, AOK PLUS und MDK in Sachsen für ein eigenes Vorhaben. Sie übernahmen die Rolle der Prüfer und bekamen einen unmittelbaren Einblick in die Versorgungsqualität sächsischer Rehakliniken. Hatten sich bislang nur acht der 43 Kliniken im Freistaat am QS-Reha[®]-Verfahren beteiligt, erreichte die Zahl der an dem Sachsen-Projekt Teilnehmenden fast das Vierfache.

Die 2011 durchgeführten Prüfungen konzentrierten sich auf zwei Bereiche – auf die Strukturqualität und auf die Prozessqualität. Beide üben maßgeblichen Einfluss auf das Behandlungsergebnis der stationären medizinischen Rehabilitation aus. Zu diesem Zweck erfolgte eine schriftliche Erhebung mittels Fragebogen und anonymisierten Echttherapieplänen (siehe Seite 5). Abgerundet wurde die Erhebung durch eine Vor-Ort-Begehung der Rehaeinrichtungen.

Schriftliche Befragung

Die untersuchten sächsischen Rehakliniken sind mit ihren allgemeinen baulichen Voraussetzungen, der räumlichen

Stichprobe

- Hauptsächlich von gesetzlichen Krankenkassen belegt
- Muskel-Skelett-Erkrankungen/ Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Geriatrie, Gastroenterologie /Stoffwechsel
- 29 der 43 sächsischen Reha-Kliniken

Ausstattung – wozu beispielsweise auch Notrufgeräte in den Nasszellen gehören – sowie der vorgehaltenen räumlichen und apparativen Ausstattung zur Erbringung diagnostischer Leistungen gut aufgestellt. Alle Rehakliniken arbeiten an der Einführung eines internen Qualitätsmanagements bzw. haben dieses bereits eingeführt. Sie erfüllen die notwendigen Regelungen zu Fortbildungen und regelmäßigen Fallbesprechungen im interdisziplinären Team. Mängel wurden am häufigsten im Bereich der personellen Besetzung festgestellt. Dazu gehörten eine generell zu niedrige Besetzung in den ärztlichen, psychologischen und therapeutischen Professionen. Fehlende Vertretungsregelungen für die mit nur einer Person besetzten Berufsgruppen (das betraf vorwiegend Sozialarbeiter und Diätassistenten) oder auch zu wenige oder keine Abschlüsse der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin des ärztlichen Personals waren weitere Problembereiche.

Vor-Ort-Begehung

Die Visitationen fanden gemeinsam mit den Entscheidungsträgern der Rehakliniken statt. Dadurch konnten offene Fragen, die sich aus der Auswertung des Strukturhebungsbogens ergeben haben, direkt geklärt und Kritikpunkte ausgeräumt werden. Zugleich war damit die Möglichkeit gegeben, die vorhandenen Räumlichkeiten und Gerätschaften der Einrichtungen zu besichtigen. Den umfangreichsten Klärungs- und Diskussionsbedarf gab es bei der in den Strukturhebungsbögen ermittelten Personalbesetzung. So stellen viele sächsische Rehakliniken zum Beispiel die Vertretung oder Aufstockung des Personals durch Honorarverträge oder Synergien zu einer angegliederten Akutklinik sicher. Dies ist zumindest als vorübergehende Lösung zu akzeptieren. Zum Teil verwiesen die Einrichtungen auch auf die Nutzung flexibler Arbeitszeitmodelle zur

»Rehakliniken weisen oftmals eine zu niedrige Besetzung mit ärztlichem Personal auf.«

Überbrückung von Belegungsschwankungen. Demnach absolviert das Personal in Zeiten guter Belegung Mehrstunden, welche dann in Zeiten niedriger Belegung (in der Regel zu Anfang eines Jahres) abgebaut werden. Für die Mängel, die im Rahmen der Gespräche nicht ausgeräumt werden konnten, wurden Lösungswege besprochen und eine Zeitschiene für Nachbesserungen festgelegt. ■

THERAPIEPLÄNE

Kurschatten oder straffes Therapieprogramm?

Sächsische Rehakliniken setzen unterschiedliche Prioritäten bei der Zahl der täglichen Behandlungen ihrer Patienten.



FOTO: visionair – Fotolia.com

Die Therapiepläne der Rehabilitanden bilden eine wichtige Größe, um die Prozessqualität der Behandlung einschätzen zu können. Die Pläne geben unter anderem Aufschluss über den Therapieablauf während der Rehabilitation, die Arztkontakte, den Einsatz von multiprofessionellen Teams sowie das Zusammenspiel von aktiven und passiven Rehabilitationsmaßnahmen. Insgesamt lagen 27 anonymisierte Echttherapiepläne von 17 Kliniken vor. Das Ergebnis:

Die bewerteten Therapiepläne waren in ihrer Gesamtheit schlüssig. Die sächsischen Rehabilitationskliniken haben bei der Therapie zwar unterschiedliche Prioritäten gesetzt. Doch das war im Kontext nachvollziehbar.

Der überwiegende Anteil der sächsischen Rehabilitationskliniken bindet mehrere Professionen intensiv in das Rehabilitationsprogramm ein und erfüllt so die Anforderungen. Bei vier Therapieplänen wurde allerdings der fehlende Einsatz des Sozialarbeiters und Psychologen

bemängelt. Bis auf zwei Ausnahmen sahen alle Therapiepläne auch Behandlungen am Samstag vor.

Zwei bis acht Behandlungen

Der für die Kostenträger sehr bedeutsame Indikator, die Behandlungsdichte, lag bei den bewerteten Plänen zwischen zwei bis acht Behandlungen pro Tag. Sie unterschied sich teilweise deutlich je nach Therapieplan und Rehaklinik. Während bei 19 der Therapiepläne die Behandlungsdichte akzeptiert werden konnte, wurde bei acht der 27 Pläne die Behandlungsdichte durch den MDK Sachsen als tendenziell zu niedrig oder zu stark wechselnd eingeschätzt. Diese Ergebnisse können jedoch lediglich als Orientierungswert genutzt werden, da die betroffenen Patienten nicht selbst gesehen wurden. Wichtig bleibt bei allen Standards, dass immer ein individueller Plan für den Patienten zusammengestellt wird, abgestimmt auf seine Beeinträchtigungen und die konkreten Rehabilitationsziele. ■

BILANZ

Qualitätssicherung für mehr Leistungstransparenz



FOTO: vidak

GUTE AUSSICHTEN

Sächsische Rehakliniken haben bei dem Prüfprojekt der Krankenkassen Leistungstransparenz gezeigt. Qualitative Stärken und Schwächen der Häuser konnten in maßgeblichen Bereichen analysiert werden. Wo notwendig, wurden Veränderungsprozesse angestoßen. Das ist bedeutungsvoll für die Krankenkassen, liegt aber auch im Interesse der Einrichtungen. Die vorliegenden Ergebnisse sind wichtig für die Versichererberatung. Sie helfen, passende Rehaeinrichtungen auszuwählen. Und sie unterstützen geeignete Rehakliniken, selbst ausgewählt zu werden. Die Ergebnisse bilden zudem eine Basis bei anstehenden Vergütungs- und Vertragsverhandlungen. Der routinemäßige Einsatz des – mittlerweile weiterentwickelten – QS-Reha®-Verfahrens läuft langsam wieder an. Es ist inhaltlich breiter aufgestellt als dies das sächsische Projekt leisten konnte, enthält es doch zusätzlich die Dimensionen Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit. Die Sachsen brauchen sich vor diesem Prüfverfahren nicht zu verstecken. Die breite Beteiligung der Kliniken, die kurze Zeit zwischen Erhebung und Vorliegen der Ergebnisse sowie der leichte Zugang zu den Auswertungs-Daten haben die Messlatte hoch gelegt.

Zweite Benotungsrunde sächsischer Pflegedienste

Die Qualität der Pflege hat sich in Sachsen verbessert. Zugleich gibt es nach wie vor viel zu tun. Das zeigen die Ergebnisse der zweiten Prüfrunde sächsischer Pflegedienstleister. Die stationären Einrichtungen erhielten 2011 eine Durchschnittsnote von 1,2 (2010: 1,5). An 84 Prozent der Heime wurde die Gesamtnote „sehr gut“ vergeben, 15 Prozent wurden mit „gut“ bewertet. Differenzierter ist das Bild der ambulanten Pflegedienste. Sie erreichten eine Gesamtnote von 1,6 (2010: 2,1). 59 Prozent der Dienste bekamen „sehr gut“, 30 Prozent „gut“. Etwa 11 Prozent der Dienste wurden mit „befriedigend“, „ausreichend“ oder „mangelhaft“ bewertet.

Seit 2009 müssen sich alle Pflegeeinrichtungen einer regelmäßigen Qualitätsprüfung unterziehen, seit 2011 jährlich. Die Prüfungen führen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung durch.

Die jetzigen Prüfergebnisse sind Resultat der Bemühungen der Pflegeeinrichtungen, aber auch ein Effekt der Notenveröffentlichung. Gleichwohl offenbaren sich noch immer Schwächen, die auch methodischer Art sind. Auf Initiative der Kassen starteten im Frühjahr erneut Verhandlungen auf Bundesebene zu den Kriterien der Bewertungssystematik. Während den Pflegekassen an einer kurzfristigen Anpassung gelegen ist, versucht die Seite der Pflegeeinrichtungen den Systemwechsel. Noch vor Aufnahme der Gespräche reichte sie einen Schiedsstellenantrag ein.

Rechtzeitig individuelle Frühförderung

Die Aktualisierung der Landesregelung soll Kindern mit Beeinträchtigungen im vorschulpflichtigen Alter einen schnelleren Zugang zu medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen ermöglichen.

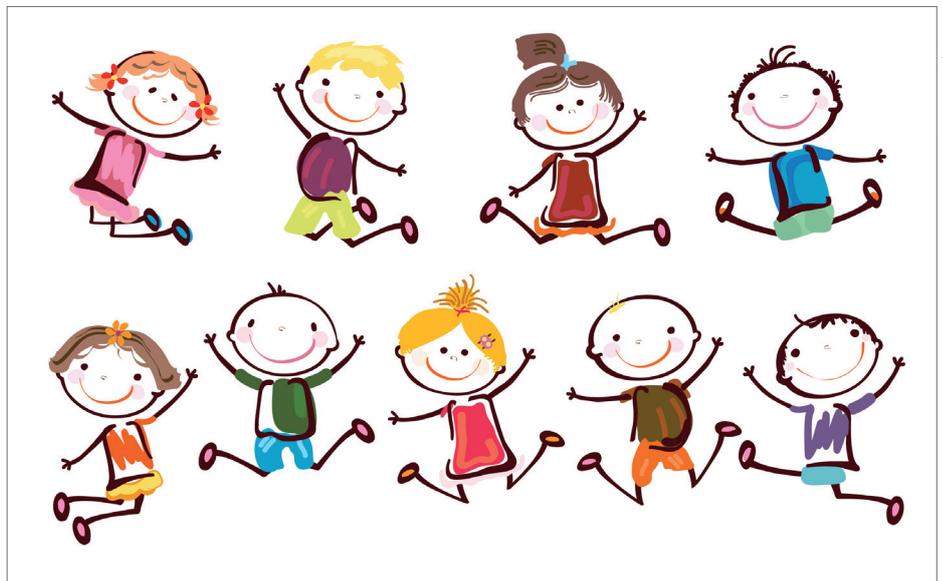


FOTO: dlp - Fotolia.com

Die seit 2005 in Sachsen bestehende Vereinbarung zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung) wird derzeit angepasst. Ziel ist es, die Bedürfnisse der kleinen Patienten und das Angebot an Hilfen effektiv aufeinander abzustimmen. Die Gespräche der Krankenkassen mit den Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände, Vertretern der Frühförderereinrichtungen und Vertretern der Kinderärzte befinden sich vor dem Abschluss. Besondere Akzente setzten die Beteiligten auf die genaue Beschreibung der Beziehung Kind-Kinderarzt-Frühförderstelle. Durch die Verpflichtung der Kinderärzte und Frühförderstellen zur engeren Zusammenarbeit mittels Teambesprechungen und Qualitätszirkeln versprechen sich die

Beteiligten eine Verbesserung der Versorgungsqualität.

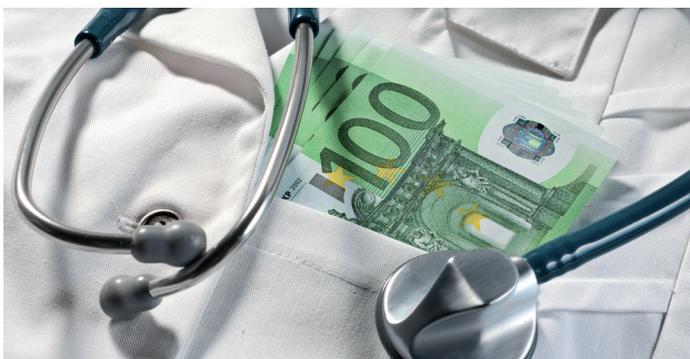
Künftig Festanstellung von Heilpädagogen

Die Kriterien für die Zulassung neuer Frühförderstellen aktualisierten die Vertragspartner nach neuesten Erkenntnissen. So sind nun Heilpädagogen und medizinisch-therapeutisches Personal von den Frühförderstellen fest anzustellen. Zusätzlich muss im Heilmittelbereich eine Zulassung nach § 124 SGB V im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie vorliegen. Die bestehenden Frühförderstellen erfüllen diese Kriterien meist schon. Einige wenige sollen mittels Übergangsregelung schrittweise herangeführt werden. In Sachsen sind 50 Frühförderstellen und acht sozialpädagogische Zentren an der Landesregelung Komplexleistung beteiligt. ■

ABRECHNUNGSMANIPULATION

2011: Bestätigter Verdacht in 36 Fällen

Foto: Eisenhans – Fotolia.com



VERDACHTSFÄLLE können nicht immer zeitnah bearbeitet werden

Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird Jahr für Jahr die Versicherungsgemeinschaft finanziell geschädigt. Ein Ausschuss der Ersatzkassen in Sachsen geht gemeinsam Verdachtsfällen nach. Dessen Bilanz für 2011 liegt jetzt vor. Danach hat der „Arbeitsausschuss zur Wahrnehmung der Aufgaben bei der Bekämpfung der Abrechnungsmanipulation“ 52 Fälle untersucht. Bei 36 Fällen bestätigte sich der Manipulationsverdacht. Gegen die Betroffenen wurde eine Vertragsstrafe verhängt bzw. Strafanzeige gestellt. In drei Fällen sind die Prüfungen noch nicht abgeschlossen.

Der überwiegende Teil der Leistungserbringer hält die vertraglichen Verpflichtungen ein und rechnet die erbrachten Leistungen korrekt ab, stellt der Bericht fest. Umso wichtiger ist es, die Missetäter konsequent zur Verantwortung zu ziehen, weil ansonsten eine ganze Branche schnell in Verruf kommt und das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitswesen Schaden nimmt. Die meisten Verfehlungen entfielen auf den Bereich der Heil- und Hilfsmittel. So rechnete eine Physiotherapeutin bestimmte Leistungen der Krankengymnastik ab, ohne die dafür notwendigen Fortbildungen absolviert zu haben. Den Zulassungsbescheid des vdek und das erforderliche Qualifikationszertifikat hatte sie gefälscht. Hier erging eine Strafanzeige.

Die größte Einzelsumme, 20.950 Euro, zahlte eine Apotheke. Insgesamt nahmen 2011 die Ersatzkassen im Freistaat fast 65.000 Euro ein. Weitaus höher sind jedoch die offenen Forderungen, die aufgrund der Weigerung der Leistungserbringer oder schwebender Ermittlungsverfahren noch nicht verbucht werden konnten. Nach wie vor können in Sachsen aufgrund der Vielfalt möglichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen gemeldete Verdachtsfälle bei den Ermittlungsbehörden nicht immer zeitnah bearbeitet werden. Daher sollte es weiter Ziel sein, Fachkenntnisse zur Beschleunigung der Fallbearbeitung bei der Staatsanwaltschaft, so genannten Schwerpunktstaatsanwaltschaften, zu zentralisieren.

KURZ GEFASST

Selbsthilfe

Der vdek hatte in diesem Jahr über 168 Anträge (2011: 164 Anträge) auf Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen des Landkreises Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und der Stadt Leipzig zu entscheiden. Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Sachsen steht 2012 ein Gesamtbudget von 962.541 Euro zu Verfügung.

Medizinstudenten

Sachsen plant die Errichtung eines Sonderkontingents von 20 zusätzlichen Studienplätzen für angehende Landärzte. Damit verbunden ist ein monatliches Stipendium von 1.000 Euro pro Student vom ersten Semester an. Die Stipendien aus Landesmitteln sollen ab dem Wintersemester 2013/14 vergeben werden. Die bisherige Studienbeihilfe sieht einen Maximalbetrag von 600 Euro vor.

Brustkrebs-Vorsorge

Mit einer Teilnehmerquote von 69 Prozent beim Mammographie-Screening nehmen sächsische Frauen im bundesweiten Vergleich den Spitzenrang ein. Das zeigt der jetzt vorgelegte Bericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie für 2008/2009. Als einziges Land kommt Sachsen der empfohlenen 70-Prozent-Teilnehmerrate sehr nahe.

KINDERTRÄUME

Kamera in Zahnbürste

Leichter soll es werden, das Zähneputzen. Das erwarten die Kinder, die am Wettbewerb „Zahnbürste der Zukunft“ teilnahmen. Dazu aufgerufen hatte die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege – bei der auch die Ersatzkassen Mitglied sind – aus Anlass ihres 20-jährigen Bestehens. Die Kinder wünschten sich häufig, nicht mehr selbst aktiv die Zähne putzen zu müssen. Favorisiert werden kleine Zahnputzroboter mit integrierter Zahncreme, die selbständig und ohne fremde Hilfe die Zähne reinigen. Viele Kinder kamen auch auf die Idee, dass eine kleine, in die Zahnbürste integrierte Kamera Bilder vom Gebisszustand aufnimmt, die dann vom Zahnarzt beim nächsten Besuch ausgewertet werden können. Eine Grundschule entwickelte die Vision einer mit Laser betriebenen Zahnbürste und von Tabletten, die das Zähneputzen überflüssig machen.

BÜCHER

Der Patient im Gesundheitssystem

In diesem Buch diskutieren Experten facettenreich die Rolle und Handlungsmöglichkeiten der Patienten im Gesundheitssystem, um mögliche künftige Entwicklungen in Bezug auf das (Selbst-)Verständnis der Kunden aufzuzeigen und herauszuarbeiten, welche Voraussetzungen für eine größere Handlungsbefähigung von Patienten als Kunden geschaffen werden müssen.



Andrea Fischer, Prof. Dr. Rainer Sibbel (Hg.)
Der Patient als Kunde und Konsument
2011, 215 S., € 34,95
Gabler Verlag, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Beratung und Anleitung Pflegebedürftige

Auf aktuellem Stand enthält der Band übersichtlich dargestellt die wesentlichen Richtlinien, Grundsätze und Maßgaben für die qualifizierte Beratung und Anleitung Kranker, Pflegebedürftiger und deren Angehöriger. Die Textsammlung informiert über Selbstbestimmung, Aufklärung und Sterbebegleitung, das Medizinrecht, das Berufsrecht der Pflegekräfte, die gesetzliche Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung und das Heimrecht. Enthalten sind die wichtigen Durchführungsverordnungen, Empfehlungen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie Richtlinien zu häuslicher Pflege, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit.



Das gesamte Patienten- und Pflegerecht
4. Auflage 2011, Rechtsstand: 1. März 2011, 1.040 S., € 19,90
Walhalla Fachverlag, Regensburg/Berlin

KRANKENHÄUSER

Neuer Landesbasisfallwert: 73 Millionen Euro mehr

FOTO Tina Binder – Fotolia.com



Die sächsischen Krankenhäuser sollen 2012 rund 3,1 Milliarden Euro für die medizinische Versorgung erhalten. Das sind etwa 73 Millionen Euro mehr als im Vorjahr, die die gesetzlichen Krankenkassen den 80 Kliniken im Freistaat zur Verfügung stellen. Mit der Verständigung auf den neuen Landesbasisfallwert haben die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen die Grundlage für diese Entwicklung gelegt. Die Vertragspartner haben zügig verhandelt und trotz schwieriger Rahmenbedingungen einen Abschluss geschafft. Damit besitzen die sächsischen Krankenhäuser Planungssicherheit für dieses Jahr. Der für 2012 vereinbarte Landesbasisfallwert liegt bei 2.924,24 Euro. Der Wert bildet die entscheidende Preiskomponente in der Krankenhausvergütung und bestimmt das Krankenhausbudget eines Jahres. Er ist eine Rechengröße, die abhängig vom jeweiligen Bundesland die durchschnittlichen Kosten des Krankenhausaufenthalts eines Patienten darstellt. Dadurch kostet beispielsweise eine Entbindung in Hoyerswerda genauso viel wie in Schöneck. Die meisten Krankenhausleistungen werden nach diesem System vergütet. Mit dem diesjährigen Abschluss hat sich Sachsens Basisfallwert dem bundesweiten Durchschnitt weiter angenähert.

AUSSCHREIBUNG

Sächsischer Selbsthilfepreis



FOTO Robert Kneschke – Fotolia.com

An chronisch kranke Menschen stellt das Leben außergewöhnliche Herausforderungen. Manche Menschen nehmen diese mutig an und schließen sich mit anderen Betroffenen zusammen, geben einander Rat und Hilfestellung. Dabei entwickeln sie pfiffige Ideen und machen so das Leben für sich und andere ein Stück leichter. Die Ersatzkassen loben für dieses ehrenamtliche Engagement erstmalig den „Sächsischen Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ aus. Der Preis ist mit insgesamt 5.000 Euro dotiert. Die neu geschaffene Auszeichnung soll die Wertschätzung der Ersatzkassen für die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Ausdruck bringen und Mut zur Nachahmung geben. Bewerbungen können noch bis zum 15.7.2012 eingereicht werden. www.vdek.com/LVen/SAC/index.htm

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