

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE HALT Alkoholprävention bei Jugendlichen | PFLEGE Vergütung und Löhne | PSYCHIATRIE Gemein-
denahe Versorgung | KRANKENHAUS Verhandlungen Landesbasisfallwert

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN · FEBRUAR 2012

STATIONÄRE VERSORGUNG

Krankenhausplan 2012 / 2013 verab- schiedet



FOTO: VIERK

AUFGESTOCKT Uniklinikum Dresden vergrößert
Bettenzahl

Die sächsische Staatsregierung hat den Krankenhausplan 2012 / 2013 verabschiedet. Er bildet die Grundlage für die Anpassung der Krankenhauslandschaft entsprechend der demografischen Veränderungen und der Entwicklung des Leistungsgeschehens der kommenden Jahre. Die Planungsvorlage sieht in den somatischen Bereichen aufgrund stagnierender Fallzahlen und rückläufiger Auslastung eine Reduzierung der Kapazität um knapp 509 Betten vor. In den psychiatrischen Kliniken wird das Angebot erweitert. Durch den stark gestiegenen Bedarf erhält der Bereich Psychiatrie und Psychosomatik zusätzliche 106 Betten. Fortgeführt wird die Konzentration hochspezialisierter Leistungen. Die Versorgung mit Cochlear-Implantaten, die spezialisierte Adipositasbehandlung und die septische Chirurgie bleiben künftig wenigen Standorten vorbehalten.

GESETZGEBUNG

Stärken und Schwächen des „Landärztegesetzes“

Die Zahl der Änderungsanträge zum Kabinettsentwurf des „Landärztegesetzes“ war beeindruckend. Vor allem der Gesundheitsausschuss des Bundestags hatte Schwerstarbeit zu leisten, damit das Gesetz verabschiedet werden kann. Das Ergebnis ist durchwachsen.

Am Ende wussten nur noch Wenige, was gerade inhaltlich am „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (VStG) gearbeitet wurde. Dafür hatte das Gesetzeswerk zeitig seinen Namen weg – „Landärztegesetz“.

Erklärtes Ziel des „Landärztegesetzes“ ist es, mehr Ärzte auf das Land zu bringen. Die Versorgungsstrukturen sollen angepasst werden, um sich auf die Anforderungen des demografischen Wandels einzustellen. Die jetzt geschaffenen Möglichkeiten kommen für Sachsen keineswegs zu früh. Der Freistaat gilt als „Altenpionier“ unter den Bundesländern. Durch die damit verbundene Richtung der Bevölkerungsentwicklung zeichnen sich seit Jahren Probleme in der Nachbesetzung ärztlicher Praxen ab. Vor allem ländliche Gebiete sind betroffen. Indes haben auch deren Bewohner einen Anspruch, im Krankheitsfall gut versorgt zu werden und dafür einen Arzt in einer zumutbaren Entfernung erreichen zu können.

Mit dem Gesetz unternimmt die Bundesregierung deshalb einen ersten und richtigen Schritt, die Rahmenbedingungen der ambulanten ärztlichen Versorgung für die demografischen Herausforderungen zu rüsten.

Erweitertes Instrumentarium

Ein Kernpunkt ist die Überarbeitung der Bedarfsplanung. Die soll beitragen, auf drohende Versorgungsdefizite flexibler reagieren zu können. Im Unterschied zu anderen Bundesländern, die durch Gebietsreformen recht große Planungsbereiche besitzen, besteht in Sachsen eine Aufteilung der Planungsbereiche wie vor der Kreisgebietsreform von 2008 fort. Es zeigt sich aber, dass diese planerische Vorausschau nicht ausreicht, um gezielt Niederlassungen in bestimmten versorgungsschwachen Gegenden zu ermöglichen.

Die vorgesehene Erweiterung des Instrumentariums zur Versorgungssicherung – die Erleichterung zur Gründung von Zweigpraxen oder etwa die Option, bestimmte ärztliche Leistungen auch telemedizinisch



Nach dem Plan ist vor dem Plan

FOTO: VIERK



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Die Behandlungsqualität hat bei der Krankenhausplanung in Sachsen an Bedeutung gewonnen: Bestimmte medizinische Fachrichtungen, wie die Versorgung von extrem Frühgeborenen, von schwierigen Wundinfektionen oder von Kindern mit Implantaten, die ihnen ein Hören ermöglichen, bleibt ausgewählten Spezialkliniken vorbehalten. Dort können die relativ wenigen Patienten von Spezialisten mit entsprechenden räumlichen und technischen Voraussetzungen optimal versorgt werden.

Bei den Kinderkliniken ist Handlungsbedarf absehbar.

Durch die demografische Entwicklung sinken bei einigen Kinderkliniken die Fallzahlen auf Größenordnungen, die Fachgesellschaften als kritisch ansehen. Erhebungen zeigen, dass die betroffenen Einrichtungen häufig nicht mehr ausreichend pädiatrisches Fachpersonal haben. Das Diagnosespektrum wird zudem kleiner und die Erfahrungen bei der Versorgung schwieriger Krankheitsverläufe gehen mit der Zeit verloren.

Wollen wir weiterhin dem Leitsatz folgen, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, muss ihre stationäre Versorgung anders organisiert werden. Das braucht eine engere Kooperation der Kliniken, wo Häuser mit wenigen Fallzahlen ihre Kinderabteilungen zusammenlegen.

Der nächste Plan kommt in zwei Jahren. Die Zeit bis dahin sollten die Krankenhäuser für Ideen nutzen.



zu erbringen – kann helfen, den Menschen auf dem Lande in Zukunft eine gesundheitliche Versorgung in akzeptabler Reichweite zu sichern. Eine besondere Funktion kommt hierbei der Lockerung der Residenzpflicht zu. Sie leistet einen Beitrag, Familie und Arztberuf besser in Übereinstimmung zu bringen. Den Wohnsitz am Leipziger Stadtrand zu haben und täglich 50 Kilometer zur Praxis ins Torgauer Land zu pendeln, ist für manchen Mediziner eher denkbar als ein Umzug dorthin.

Was dem Gesetz fehlt, sind wirksame Instrumente, den ärztlichen Nachwuchs nachhaltig in die ländlichen Räume zu steuern. Trotz guter Ansätze droht die Gefahr, dass es zu einer weiteren Ausdehnung der ärztlichen Versorgung in den Ballungsgebieten kommt. Über neue Bedarfsplanungszahlen und der Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, könnten in ohnehin gut versorgten Städten zusätzliche Arztstühle geschaffen werden. Das war bei der Einführung des Demografiefaktors zu erleben. Welcher Mediziner wählt dann Nordsachsen für seine Niederlassung? Die Rahmenbedingungen des Landlebens müssen attraktiver werden! Junge Ärzte haben Familie, brauchen Kindergarten, Schule und der Partner eine Arbeitsstelle.

Länder in der Mitverantwortung

Die Länder haben darum gerungen, weitgehende Gestaltungsrechte auch auf der Landesebene politisch durchsetzen zu

können. Bislang erstreckte sich ihr Einfluss im Wesentlichen auf die Krankenhausplanung und auf die Rechtsaufsicht über landesunmittelbare Kassen. Für Versorgungsprobleme im niedergelassenen Bereich haben sie die Menschen dennoch verantwortlich gehalten. Jetzt erhalten die Länder die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen und ein Mitberatungsrecht bei dessen Sitzungen. Sie werden in den Landesausschüssen daran mitwirken, die neuen Gelegenheiten in der Bedarfsplanung und Versorgungsgestaltung sinnvoll zu nutzen. Dies gilt auch für die Chance, in die sektorübergreifende Versorgung einzusteigen.

Das breitere Fundament der Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist zu begrüßen. Verantwortung heißt aber auch, sich des eigenen finanziellen Engagements klar zu sein. Wunschzetteldenken darf da keinen Platz haben. Die Ersatzkassen werden ihre gestärkte Position in den Landesausschüssen nutzen, dass die zusätzlichen Spielräume mit Augenmaß genutzt werden.

Augenmaß werden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen beweisen müssen. Sie stehen nach der Regionalisierung des Vergütungsgeschehens in der Verantwortung, die Honorarzuflüsse so zu lenken, dass es zu einer angemessenen Entlohnung der unterschiedlichen ärztlichen Tätigkeiten und Arztgruppen kommt und – nach Jahren opulenter Honorarzuwächse – nicht erneut nach mehr Geld gerufen wird. ■



FOTO: TECHNISCHE KLINIKENKASSE

„HaLT – Hart am Limit“

Exzessives Rauschtrinken bis zur Bewusstlosigkeit hat unter Kindern und Jugendlichen zugenommen. Ein Präventionsprojekt will Betroffene beraten und Kommunen für das Thema sensibilisieren.

Nach Angaben des sächsischen Sozialministeriums stieg die Zahl der Alkoholvergiftungen bei den Zehn- bis 20-Jährigen in Sachsen von 2000 bis 2009 um fast 200 Prozent. Für 911 Kinder und Jugendliche endete das Trinkgelage 2009 im Krankenhaus. Darunter waren 138 Patienten im Alter unter 15 Jahren.

Das Präventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“ greift die Besorgnis erregende Entwicklung auf. Seit Jahresbeginn hat das Programm zur Prävention von riskantem Alkoholkonsum auch Standorte im Freistaat Sachsen. Dresden und Leipzig bilden die ersten Regionen, wo nach dem Konzept gearbeitet wird. Beabsichtigt ist, dass weitere Kommunen folgen. BARMER GEK, TK, KKH-Allianz, HEK und hkk sind als Ersatzkassen an dem Vorhaben beteiligt und haben mit dem sächsischen Sozialministerium eine Rahmenvereinbarung zur Finanzierung geschlossen.

Die Konzeptidee basiert auf zwei Bausteinen: HaLT zielt personenbezogen auf die Prävention des riskanten Alkoholkonsums unter Heranwachsenden. Gleichzeitig stützt es sich auf ein Netzwerk, in dem lokale Akteure für verhaltenspräventive Maßnahmen eingebunden werden.

Frühes Eingreifen

Beim Projektbaustein der Individualebene werden gefährdete Kinder und Jugendliche zu einem frühen Zeitpunkt angesprochen und in umfassende Hilfen eingebunden. Dann nämlich,

»Das erste Gespräch findet noch in der Klinik statt.«

wenn sie als riskant Konsumierende auf fallen, sie mit einer schweren Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Meist findet das erste Beratungsgespräch der Betroffenen noch unmittelbar in der Klinik statt. Innerhalb einer Woche folgt ein Elterngespräch, wobei es in den Einzelberatungen um Aufarbeitung des Geschehens geht. Im Kreis mit anderen Jugendlichen wird zudem Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol entwickelt. Bei Bedarf können weitergehende Hilfen, wie der Kontakt zum Jugendamt, vermittelt werden. Ziel ist es, die erneute Krankenhauseinweisung aufgrund einer Alkoholvergiftung zu verhindern.

wenn sie als riskant Konsumierende auf fallen, sie mit einer schweren Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert



KOMATRINKEN kann Start einer Suchtkarriere sein

Regionale Netzwerke

Ergänzend zum individuellen Ansatz der Frühintervention steht die Einbindung des weiteren sozialen Umfelds. Die Prävention des Rauschtrinkens ruht nicht mehr ausschließlich auf Einrichtungen der Suchthilfe, sondern umfasst eine größere Öffentlichkeit. Eine kommunal verankerte Präventionsstrategie soll Alkoholexzesse im Vorfeld verhindern. Hier werden vorwiegend die Erwachsenen angesprochen. Es geht um deren Vorbild und Verantwortung im Umgang mit Alkohol, die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes im Einzelhandel, in der Gastronomie, in Vereinen, auf Festen und die generelle Sensibilisierung der Gesellschaft gegenüber einem extremen Alkoholkonsum. Was heißen kann, dass das Ordnungsamt verstärkt kontrolliert und den Ertappten der Verlust der Schanklizenz droht.

Die Vertragspartner haben eine halbjährliche Bilanz der Frühintervention vereinbart, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zeitnah prüfen und nachbessern zu können. ■

Zahlen Pflegekassen in Sachsen am wenigsten für die Pflege?

Sachsen hat mit anderen ostdeutschen Ländern die niedrigsten Pflegesätze. Das hat auch Konsequenzen auf das Lohnniveau der in der Pflege Beschäftigten.

Der Vorwurf wird mit Regelmäßigkeit wiederholt: Die Pflegekassen in Sachsen zahlten im bundesweiten Vergleich am wenigsten für die Pflegeleistungen der Heime. Deshalb könne den Pflegefachkräften nicht mehr gezahlt werden.

Für die „rote Laterne“ bei den Löhnen besteht in Sachsen jedoch kein Grund. Wenn es nach den Pflegekassen geht. Die zahlen in allen Bundesländern einen einheitlichen Euro-Betrag für die Pflege. Nicht mehr und nicht weniger. Die Höhe ist gesetzlich vorgegeben und von der jeweiligen Pflegestufe abhängig. In Bayern genauso wie in Sachsen.

Die Kosten werden damit nicht vollständig gedeckt. Der Gesetzgeber hat die Pflegeversicherung bewusst als Teilkasko angelegt. Darüber hinausgehende Aufwendungen müssen die Pflegebedürftigen übernehmen. Gegebenenfalls werden Familienangehörige oder der zuständige Sozialhilfeträger herangezogen.

Teilzahler, aber Gesamtpreisverhandler

Die Pflegekassen kommen zwar nur für einen Teil der Kosten auf, haben aber als Interessenvertreter ihrer Versicherten einen sach-

»Pflegekassen zahlen in allen Bundesländern einen einheitlichen Betrag für die Pflege.«

gerechten Gesamtpreis mit den Pflegeheimen zu verhandeln. Aus dieser Verhandlerrolle heraus beeinflussen die Kassen wie die an den Vergütungsgesprächen mitbeteiligten Sozialleistungsträger das Lohnniveau der Pflegekräfte: Das Heim kann seinen Mitarbeitern nur die Gelder zahlen, die es erhält.

Der Tarifbezug der Löhne – und damit das Gegenteil von Niedriglöhnen – wird durch die jüngere Rechtsprechung gestärkt. Nach mehreren Urteilen des Bundessozialgerichts von 2009 ist die Vergütungsfindung in einem zweistufigen Verfahren durchzuführen. In einem ersten Schritt sind die voraussichtlich entstehenden Kosten einer Pflegeeinrichtung plausibel und nachvollziehbar darzustellen. Leistungsgerechtigkeit und wirtschaftliche Angemessenheit der Vergütung werden in einem zweiten Schritt

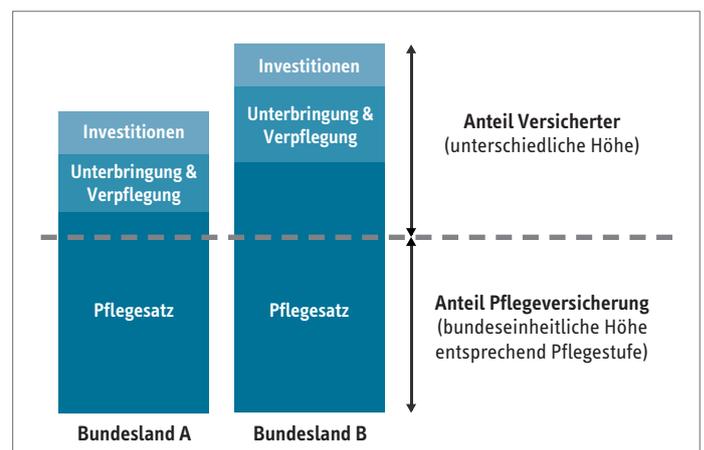
geprüft. Eine Kernaussage der Urteile lautet, dass die Einhaltung der Tarifbindung sowie die Zahlung ortsüblicher Vergütungen immer als wirtschaftlich angemessen zu bewerten ist.

Lohnzahlung nach Tarif

Tarife legen die Lohnhöhe fest. Sie auszuhandeln ist Sache der Gewerkschaften und Arbeitgeber. Wird nicht nach Tarif bezahlt, können mögliche höhere Löhne bei Vergütungsverhandlungen nicht berücksichtigt werden und zu Pflegenden, Familienangehörige oder Sozialämter nicht mehr zahlen.

Es steht dahin, ob durch Tarife Löhne für Pflegekräfte wie in Bayern erreicht werden. Das sächsische allgemeine Lohnniveau fällt niedriger aus als das des südlichen Freistaats. Die „rote Laterne“ abzugeben ist dennoch realisierbar. Das zeigen die Abschlüsse von Pflegesatzverhandlungen der letzten Zeit. Bestanden Tarifverträge, wurden sie in die Berechnungen einbezogen, stiegen die Pflegesätze der jeweiligen Einrichtungen an. Sie plausibel nachzuweisen, dürfte also machbar sein.

Ein eigenes Problem ist das Agieren einiger Heime. Wer glaubt, durch niedrigere Lohnkosten Wettbewerbsvorteile erzielen zu können, kalkuliert zu Lasten seiner Mitarbeiter und schadet der ganzen Branche. Etliche Pflegeeinrichtungen haben seit Jahren von der Möglichkeit, die Sozialleistungsträger zu Pflegesatzverhandlungen aufzufordern, keinen Gebrauch gemacht. ■



PFLEGEHEIM-KOSTEN: Pflegeversicherung als „Teil-Kasko“

ZWISCHENBILANZ

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Sachsen

Seit fünf Jahren können gesetzliche Krankenkassen Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) schließen. 2009 kam die erste Vereinbarung in Sachsen zustande. Inzwischen bestehen zwölf.



SAPV: In der letzten Lebensphase zu Hause sein

Mit der Einführung von SAPV betraten die Krankenkassen und Leistungserbringer in Sachsen weitgehend Neuland. Unheilbar Kranken sollte die Möglichkeit eröffnet werden, in ihrer letzten Lebensphase daheim eine palliative Betreuung zu erfahren. Das bedeutet, vor allem ärztliche und pflegerische Leistungen mit Schwerpunkt auf der Schmerztherapie anzubieten, zu koordinieren und damit verschiedene Akteure einzubinden: Speziell ausgebildete Ärzte, spezialisierte Pflegedienste, weitere Ärzte, ambulante Hospizdienste und Seelsorger. Der Umsetzung dieses Vorhabens gingen intensive Sondierungsgespräche zwischen den Krankenkassen und potentiellen Vertragspartnern voraus. Zu klären waren Fragen wie: Was ist für eine sachgerechte Versorgung alles erforderlich? Wie kann Rufbereitschaft rund um die Uhr organisiert werden, um bei plötzlichen Blutungen oder Schmerzen innerhalb einer Frist von 45 Minuten Hilfe zu erhalten? Wie viele Hausbesuche sind notwendig?

Im Oktober 2009 war es so weit: Mit dem Brückenteam am Krankenhaus St. Joseph-Stift in Dresden, das bereits über Erfahrungen in der Palliativversorgung verfügte, wurde der erste gemeinsame Vertrag der Krankenkassen und ihrer Verbände in Sachsen realisiert. Bis Ende 2010 folgten fünf weitere Abschlüsse in Dresden, Chemnitz und Leipzig.

Andere Ausgangslage auf dem Land

Nicht vorhandene Anbindung der SAPV-Teams an Kliniken, erst teilweise abgeschlossene Zusatzqualifikationen bei Pflegekräften und Ärzten, fehlende Erkenntnisse über die Zahl der zu Versorgenden oder längere Wegstrecken zu den Patienten stellten die Umsetzung des Versorgungsauftrags in ländlichen Teilen Sachsens vor andere Herausforderungen als in den urbanen Zentren. Um den dort lebenden Versicherten dennoch SAPV anbieten zu können, mussten Lösungen gefunden werden, die die besonderen regionalen Gegebenheiten berücksichtigen. Das hat den Abschluss von SAPV-Verträgen verzögert, ihn aber nicht aufgehalten. Die Vereinbarung von Übergangsfristen, in denen die vollumfängliche Erfüllung der vertraglichen Voraussetzungen nachzuweisen war, und etwa andere Kalkulationen als in der Stadt halfen, dass inzwischen auch die Versicherten in Teilen der Erzgebirgsregion, in weiten Teilen Ostsachsens sowie den Altkreisen Freiberg und Zwickau durch SAPV-Teams in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden können. ■

PFLEGE

Vernetzte Beratung auch in Dresden



FLÄCHENDECKUNG bei Pflegenetzen fast erreicht

Nachdem in allen sächsischen Landkreisen und in Chemnitz leistungsfähige, vernetzte Beratungsstrukturen für ratsuchende Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geschaffen wurden, startete Ende letzten Jahres das PflegeNetz Dresden.

Es will den Einwohnern der Elbestadt helfen, schnell und unkompliziert die richtigen Ansprechpartner und Hilfen beim Thema Pflege zu finden.

Sozialbürgermeister Martin Seidel sagte auf der Gründungsveranstaltung: „Das PflegeNetz Dresden basiert auf einer sehr guten unterstützenden Infrastruktur, die von der Landeshauptstadt Dresden bereits mit mehr als 1,8 Millionen Euro jährlich gefördert wird. Es ist mir wichtig, dass diese Ressourcen effizient genutzt werden und keine Doppelstrukturen entstehen.“

Das Engagement des Sozialamtes der Stadt Dresden und der Pflegekassen würdigte Sozialministerin Christine Clauß. Sie rief weitere Partner zur Mitwirkung auf. Die bisherige Entwicklung beweise, dass die Etablierung der vernetzten Pflegeberatung als Alternative zu Pflegestützpunkten eine richtige Entscheidung war. Drei Arbeitsgruppen werden im PflegeNetz Dresden kurzfristig ihre Tätigkeit aufnehmen. Sie sollen gemeinsame Beratungsstandards erarbeiten, die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Pflegeeinrichtungen besser koordinieren und Angebote für pflegende Angehörige weiterentwickeln.

Pauschalen für Spezialambulanzen vereinbart



FOTO: DAK / WINGER

MANCHMAL können nur Experten am Krankenhaus helfen

Rheumatische Erkrankungen bei Kindern sind schwerer als bei Erwachsenen zu diagnostizieren. Manchmal beginnen sie harmlos und die Beschwerden klingen nach Tagen wieder ab. Rheuma bei Kindern kann teilweise auch schwer verlaufen und birgt wegen des Auftretens in der Wachstumsphase zusätzliche Risiken in der psychischen und sozialen Entwicklung. Weil kaum Kinderrheumatologen in der Niederlassung tätig sind und Kinderkliniken die für die interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlichen Experten mit Erfahrung bei kindlichen Rheuma besitzen, hat die Kassenärztliche Vereinigung am Krankenhaus angestellte Ärzte zur Versorgung in Kinderspezialambulanzen ermächtigt. Kinderspezialambulanzen arbeiten aus ähnlichen Gründen auch in anderen Fachbereichen, wie in der Kinderkardiologie, der Kindernephrologie oder Neuropädiatrie. Wegen ihres besonderen Versorgungsaufwandes schuf der Gesetzgeber 2010 die Möglichkeit, mit den Krankenkassen eine zusätzliche Vergütung zu vereinbaren. Die Ersatzkassen haben derartige Pauschalen bisher mit fünf sächsischen Krankenhäusern verhandelt. Vereinbarungen mit zwei weiteren Einrichtungen stehen kurz vor Abschluss.

Gemeindenaher Versorgung in Leipzig

Vor 20 Jahren entfielen 90 Prozent der psychiatrischen Behandlungskapazität auf Krankenhäuser. Heute gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Das Versorgungssystem ist differenzierter geworden.



FOTO: James Pennington - fotolia.com

DEPRESSIONEN werden bei Frauen häufiger als bei Männern diagnostiziert

Für eine sachsenweit einmalige Versorgungsform für Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden jetzt die Vergütungsverhandlungen abgeschlossen. Der Verbund Gemeindenaher Psychiatrie Leipzig des Sankt Georg Klinikums erhielt Planungssicherheit für weitere drei Jahre.

An fünf Standorten über das Stadtgebiet sind drei Betreuungsebenen vereint: Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst und psychiatrische Tagesklinik. Gemeinsam bilden sie die Einheit von wohnortnaher psychologisch / psychiatrischer und psychosozialer Betreuung.

Die Finanzierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfolgt dual durch das Land Sachsen und die Stadt Leipzig. Die Kosten für die Behandlungen in den Tageskliniken und den Institutsambulanzen trägt die gesetzliche Krankenversicherung.

Der Verbund Gemeindenaher Psychiatrie bietet Patienten im Erwachsenenalter bei psychischen Krisensituationen umfassende psychiatrische und psychologische Diagnostik, Pharmakotherapie, Psychotherapie sowie Psychoedukation. Die Interventionen zielen unter anderem darauf ab, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden. Ebenso sollen sie die in psychischen Krisensituationen dringend medizinisch erforderliche Behandlungskontinuität sicherstellen, die sich in der Form durch andere Versorgungsangebote nicht erreichen lässt.

Allein in den fünf Institutsambulanzen des Verbundes wurden 2011 etwa 17.000 Patienten behandelt und pro Quartal mehr als 300 Hausbesuche erbracht. Depressionen, Schizophrenie und Anpassungsstörungen waren dabei die am häufigsten behandelten Diagnosen. ■

DROGENSUBSTITUTION

Eine Chance noch

FOTO: mathiaszi - fotolia.com



DROGENERSATZSTOFFE sollen das Überleben sichern

Der Kreis derer, die für Opiatabhängige eine Substitutionsbehandlung durchführen, ist überschaubar. Die Klientel gilt als schwierig. Krankheit und sozialer Absturz haben Spuren hinterlassen. In Sachsen bieten 26 speziell ausgebildete Mediziner eine letzte Chance. Sie behandeln die, bei denen Abstinenztherapien keinen Erfolg brachten und wo die Behandlung mit Drogensatzstoffen die einzig noch erfolgversprechende ist. Die Therapie mit Substanzen wie Methadon soll den Süchtigen das Überleben sichern, den Beschaffungsdruck nehmen und das Risiko für Begleiterkrankungen wie Hepatitis C oder HIV senken.

Mit der Substitution sind Auflagen an Ärzte und Patienten verbunden. Die Patienten müssen in der Regel das Substitutionsmittel täglich in der Arztpraxis unter Aufsicht einnehmen. Erst nach Stabilisierung des Behandlungsverlaufs werden die zeitlichen Abstände der Arztbesuche etwas größer, wird den Patienten ein Rezept über die notwendige Menge an Substitutionsmittel für mehrere Tage ausgestellt. Mindestens einmal die Woche ist der persönliche Kontakt zum Arzt vorgeschrieben. Dann findet eine klinische Untersuchung statt, wird der Urin kontrolliert, was ausschließen soll, dass gefährliche Substanzen konsumiert werden. Zu den Auflagen gehört auch die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung. Sie soll den Hilfesuchenden Strategien zur Alltagsbewältigung aufzeigen und die Aussicht auf eine Resozialisierung verbessern. Verstößt ein Patient wiederholt gegen die Vorgaben, droht der Behandlungsabbruch. Über die Behandlungsqualität wacht eine Kommission aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen, die stichprobenartig die dokumentierten Daten der substituierenden Ärzte prüft. Wie deren aktueller Bericht feststellt, wurde trotz Anstiegs der Patientenzahlen der überwiegende Teil der Dokumentationen ohne oder nur mit geringen Beanstandungen erfüllt. Die Patientenfälle waren in Sachsen von 576 (2007) auf 752 (2010) pro Quartal gestiegen.

KURZ GEFASST

Frühförderung für Kinder

Die sieben Jahre alte Landesregelung „Komplexleistung Frühförderung“ wird derzeit überarbeitet. Die Aktualisierung der Bestimmungen zur Kostenübernahme „aus einer Hand“ soll Kindern mit Beeinträchtigungen im vorschulpflichtigen Alter einen schnelleren Zugang zu medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen ermöglichen.

Lokaler Versorgungsbedarf Fachärzte

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen hat erstmals Fördermaßnahmen bei lokalem Versorgungsbedarf in der haus- oder fachärztlichen Versorgung beschlossen. Künftig werden auch hier Investitionskostenzuschüsse bei Neugründung oder Übernahme einer Haupt- oder Zweigpraxis und die Mindestumsatzgarantie gewährt.

Förderung Medizinstudenten

Das Programm zur Studienbeihilfe für Medizinstudenten wird um zwei Jahre verlängert. Das 2008 gestartete Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und des Sozialministeriums unterstützt angehende Allgemeinmediziner, die sich verpflichten, nach dem Studium in einem unterdurchschnittlich versorgten Gebiet zu arbeiten.

MELDUNG

Zahngesundheit bei Kindern

Sachsens Kinder haben gesündere Zähne als früher. Nach der aktuellen Pieper-Studie zur Mundgesundheit erhöhte sich der Anteil der Schulanfänger mit kariesfreien Gebissen seit Mitte der 90er Jahre von 45 Prozent auf über 50 Prozent, bei den Zwölfjährigen um 12 Prozent auf 72 Prozent. Das Ergebnis ist auch ein Resultat der von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) koordinierten Gruppenprophylaxe im Freistaat. Die Aussichten auf eine Fortsetzung dieses Trends sind gut. Im Schuljahr 2010 / 2011 wurden 312.358 Kinder bis zum 12. Lebensjahr bei gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Kindereinrichtungen und Schulen betreut. Damit stieg der Betreuungsgrad von 86 Prozent (Schuljahr 2009 / 2010) auf 90 Prozent. Die gesetzlichen Krankenkassen stellten für Aufwandsentschädigungen und Sachmittel insgesamt 1,8 Millionen Euro zur Verfügung.

Krank und pleite?

Sind die Krankenkassen wirklich pleite? Können wir es uns bald nicht mehr leisten, krank zu werden? Dass unser Gesundheitssystem keine Wohltätigkeitsveranstaltung ist, sondern ein mächtiger Wirtschaftszweig, haben wir längst begriffen. Aber wer profitiert hier eigentlich? Der Autor eilt dem verwirrten Patienten zu Hilfe und entlarvt in dieser kritischen Einführung die Mythen unseres Gesundheitssystems. Was in diesem System schief läuft und wie es wirklich reformiert werden könnte, zeigt der Gesundheitsökonom kritisch und hintergründig.



Hartmut Reiners
Krank und pleite?
Das deutsche
Gesundheitssystem
2011, 223 S., € 8,95
Suhrkamp Verlag, Berlin

Umgang mit Gesundheit

Gesundheit steht in einem besonderen Verhältnis zu individueller Selbstbestimmung, allgemeiner Fürsorgeverpflichtung und solidarischem Handeln. Die zunehmende Berücksichtigung ökonomischer Maßstäbe im Gesundheitswesen wirft neue Fragen zum gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit auf. In dem Sammelband werden aktuelle Gestaltungs- und Entwicklungsansätze behandelt und deren sozioökonomische Bedeutung diskutiert. Außerdem werden sozialetische Fragestellungen im Kontext gesamtgesellschaftlicher Herausforderungen erörtert.



Dr. Peter Hensen,
Dr. Christian Kölzer (Hg.)
Die gesunde Gesellschaft
2011, 301 S., € 39,95
VS Verlag für Sozialwissen-
schaften, Springer Fachmedien,
Wiesbaden

Landesbasisfallwert für 2012 wird verhandelt

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung verhandeln derzeit den Landesbasisfallwert für 2012. Der Wert ist einer der entscheidenden Preisparameter für die Vergütung von Krankenhausleistungen nach dem DRG-Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups).

Ausgehend von den vereinbarten Entgelten und Leistungsmenge der Krankenhäuser des vergangenen Jahres muss das Geschehen der nächsten Monate prospektiv geschätzt werden. Dabei sind unter anderem die allgemeine Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven sowie Veränderungen bei Anzahl und Schwere der Behandlungsfälle zu berücksichtigen. Einen wichtigen Bestandteil der Gespräche bildet die Vereinbarung von Fehlschätzungs-korrekturen. Läuft 2012 anders als angenommen, wären 2013 nachträgliche Änderungen und Ausgleichszahlungen möglich. Der Landesbasisfallwert hat Auswirkungen auf alle sächsischen Kliniken: Für die Häuser gelten für gleiche Leistungen einheitliche Preise. Die bislang bundesweit noch unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden bis 2014 schrittweise angeglichen.

Der Landesbasisfallwert in Sachsen hat sich seit 2005 (Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems) bis 2011 um 6,9 Prozent erhöht, die vereinbarte Leistungsmenge nahm um insgesamt 18,9 Prozent zu. Die Erlöse der Krankenhäuser stiegen im gleichen Zeitraum um knapp 27 Prozent. Für 2011 war ein Ausgabenvolumen von über 3 Milliarden Euro für die sächsischen Kliniken verhandelt worden.

Basisdaten des Gesundheitswesens 2011/2012



Für alle an Reformdiskussionen und Entscheidungen im Gesundheitswesen Beteiligten wird auch zukünftig eine gute Datengrundlage Voraussetzung sein, um die eigene Argumentation zu untermauern. Hierfür ist eine große Bandbreite von Daten wichtig, angefangen von volkswirtschaftlichen und demografischen Daten über Finanz- und Versichertendaten bis hin zu differenzierten Strukturdaten der jeweiligen Leistungsbereiche. Die vollkommen überarbeitete 16. Ausgabe der „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2011/2012“ stellt diese Informationen zur Verfügung. Ihr Anspruch ist, diese umfangreichen Daten in ausgewählten Grafiken und Tabellen abzubilden, die schnell und einfach Kontexte erkennbar machen. Die aktuelle Zusammenstellung wichtiger Eckdaten kann im Internet heruntergeladen werden. www.vdek.com

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

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön+middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-214X