

report sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Juni 2011

ersatzkassen

Erneuter Verzug beim Rettungsdienstgesetz in Sachsen

Die Auswahlverfahren im Rettungsdienst sind vorerst gestoppt. Eine Regelung im sächsischen Haushaltsbegleitgesetz setzt die Durchführung bis Dezember 2012 aus.

Die Vergabe von rettungsdienstlichen Leistungen nach dem Sächsischen Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz („Rettungsdienstgesetz“) kommt nicht voran. Das zum 1.1.2005 in Kraft getretene Gesetz sieht ein Auswahlverfahren vor. Nach einer vierjährigen Übergangsfrist sollten sämtliche Leistungen nach diesem Verfahren vergeben sein. Die Bilanz zeichnet ein anderes Bild. Ausschreibungen fanden nur in zwei Städten und in drei ehemaligen Landkreisen statt.

Parallel liefen gerichtliche Auseinandersetzungen, die in Teilen sächsische Leistungserbringer angestrengt hatten. Doch spätestens nach den Rechtsprechungen des Bundesgerichtshofes und des Europäischen Gerichtshofes 2010, wonach Vergabeverfahren durchzuführen sind, schien Klarheit zu bestehen.

Der durch den Landesgesetzgeber ausgesprochene Stopp kam daher unerwartet, zumal die Kranken-

In dieser Ausgabe:

- **Mammographie-Screening:**
Lösung bei Adresskosten überfällig
- **Neuer sächsischer Krankenhausplan:**
1.900 zusätzliche Betten?
- **Pflegeberatung:**
Regionale Pflegenetzwerke in Sachsen
- **Start aus dem Wohnzimmer:**
20 Jahre Landesvertretung

kassen bei der Abstimmung des Rettungsdienstgesetzes eingebunden waren. Begründet wurde die Entscheidung mit der gegebenen Möglichkeit, die landesgesetzlichen Grundlagen zu novellieren. Vor diesem Hintergrund und dem von den Ersatzkassen verfolgten Ziel eines qualitativ hochwertigen und zugleich wirtschaftlichen Rettungsdienstes sollten mehrere Punkte bedacht werden:

Die auch in Sachsen erwogene Kommunalisierung des Rettungsdienstes käme eine Verstaatlichung gleich und widerspricht dem Wettbewerbsgedanken. Ausschreibungen fänden nicht mehr statt, und die Leistungserbringer wären nicht mehr einbezo-

gen. Entstehende Kosten würden ausschließlich durch den Rettungsdienstträger veranlasst. Gleichfalls bestünde auf Trägerseite kein Interesse an wirtschaftlichen Strukturen und effizienten Abläufen, da die zugehörigen Kosten von Dritten – der gesetzlichen Krankenversicherung – getragen werden müssten.

Eine vollumfängliche Leistungsausschreibung ist unerlässlich, um einen fairen Wettbewerb zu erreichen, der nicht zulasten der Qualität und der Arbeitnehmer im Rettungsdienst geht. Je mehr Spielraum den Leistungserbringern bei der Erstellung ihrer Angebote verbleibt, umso mehr Wettbewerb wird ermöglicht und umso wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger kann die Leistungserbringung im Rettungsdienst erfolgen. Je mehr jedoch der Kalkulation entzogen wird, umso größer ist die Gefahr, dass sich das Verfahren ausschließlich über die Personalkosten entscheidet.

Im Rettungsdienst besteht die besondere Konstellation, dass der Rettungsdienstträger als öffentlicher Auftraggeber die Leistungen zwar vergibt, diese aber letztlich durch die Kostenträger finanziert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt annähernd 90 Prozent der Kosten des Rettungsdienstes. Es erscheint deshalb legitim, den Kostenträgern frühzeitige und umfassende Mitwirkungsrechte zu gewähren. Die bisherige Regelung im Rettungsdienstgesetz muss ausgebaut werden. Insbesondere sind die Kostenträger in Fragen der Ausgestaltung

der Leistungsbeschreibungen sowie der Erarbeitung der Zuschlagskriterien zwingend anzuhören.

Notfallrettung und Krankentransport müssen weiterhin als funktionelle und wirtschaftliche Einheit und ausschließlich öffentlich-rechtlich organisiert bleiben. Sämtliche Leistungen sind durch den Rettungsdienstträger auszuschreiben, alle Leistungserbringer können sich auf die Ausschreibungen bewerben. Erfahrungen anderer Bundesländer, die eine Trennung von Notfallrettung und Krankentransport vorgenommen haben, zeigen erhebliche Nachteile, wie etwa die Verunsicherung der Patienten durch mehrere Dispositionszentralen und die erschwerte Versorgung bei Großschadensereignissen.

Nach den höchstrichterlichen Entscheidungen wird zunehmend die Ablösung des Submissionsmodells durch Einführung des Konzessionsmodells diskutiert. Aus Sicht der Ersatzkassen kann die Beibehaltung des Submissionsmodells unter Berücksichtigung der vollumfänglichen Leistungsvergabe einen Rettungsdienst gewährleisten, da ein fairer und transparenter Wettbewerb ermöglicht wird. Darüber hinaus würde die Einführung des Konzessionsmodells die bisherigen Bemühungen zur Deregulierung und Verwaltungsvereinfachung konterkarieren, insbesondere aufgrund des damit verbundenen wesentlich höheren Aufwandes zur Abrechnung der Leistungen sowohl bei den Leistungserbringern als auch auf Seiten der Kostenträger.



Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung in Sachsen

DER KOMMENTAR

Klarheit schaffen!

Der Gesetzgeber ist jetzt gefordert. Sechs Jahre besteht das sächsische Rettungsdienstgesetz, und ein Ende der Querelen um das Auswahlverfahren im Rettungsdienst ist nicht absehbar. Auf Grundlage der Rechtsprechung muss er die Basis für ein bundes- und europarechtliches konformes Auswahlverfahren schaffen. Der Stopp durch das Haushaltsbegleitgesetz bis 2012 hat die Rechtsunsicherheit für die Beteiligten eher noch verstärkt.

Die Aussetzung des Auswahlverfahrens schiebt die Umsetzung um höhere Qualität und mehr Wettbewerb weiter auf. Beide Aspekte sind von großer Bedeutung. In Auswahlverfahren lassen sich Qualitätsparameter formulieren, die zu erfüllen sind. Sachsenweit könnte man damit ein einheitliches Qualitätsniveau im Rettungsdienst erreichen. Mehr Wettbewerb bedeutet größere Wirtschaftlichkeit. Steigende Kosten im Gesundheitswesen haben Einfluss auf den Beitragssatz. Die Kostensteigerungen im sächsischen Rettungsdienst sind enorm – von 2007 bis 2010 um 22 Prozent.

Die jahrelange Verzögerung ging an Landtag und Landesregierung nicht spurlos vorbei. Viele Akteure aus der Zeit des Gesetzgebungsverfahrens sind nicht mehr „im Dienst“. Warten wir noch länger, ist der innovative Geist von damals ganz verfliegen und ein wichtiges Element des Rettungsdienstgesetzes endgültig dahin. Wir brauchen die klare Bekenntnis des Landesgesetzgebers zu den Zielen des Rettungsdienstgesetzes mit rechtlichen Schritten. Jetzt!

Mammographie-Screening

Lösung bei Adresskosten überfällig

KOSTENSPIRALE BEI ADRESSENVERWALTUNG

2. Halbjahr 2007

je 2 Abrufe pauschal mit 5 Cent
 5 Cent x 600.000 Adressen = 30.000 Euro

2009*

2,5 Cent je Abfrage
 2,5 Cent x 4 Quartale x 600.000 Adressen = 60.000 Euro

2010

6,6 Cent je Abfrage
 6 Cent x 4 Quartale x 600.000 Adressen = 144.000 Euro

2011 (Prognose)

12 – 16 Cent je Abfrage
 16 Cent x 4 Quartale x 600.000 Adressen = 384.000 Euro

*Kommunales Kernmelderegister übernimmt Adressenbereitstellung

Mit dem vollständigen Aufbau der Untersuchungseinheiten erhielten bis Ende 2010 erstmals alle anspruchsberechtigten Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr in Sachsen eine Einladung zum Mammographie-Screening. Fast 65 Prozent der Eingeladenen nutzten das Angebot zu dieser Röntgen-Reihenuntersuchung der Brust. Damit liegt die Teilnahmequote an der Spitze des Bundesgebiets, das einen Durchschnittswert von 53 Prozent verzeichnet. Das zeigt die Bilanz der ersten Screening-Runde, die Sozialministerium, Kassenärztliche Vereinigung, Zentrale Stelle und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf einer gemeinsamen Pressekonferenz zogen.

Auch die Qualität des Screenings beeindruckt. Bei 28,2 Prozent der untersuchten Frauen wurden kleine Karzinome mit einer Größe von weniger als zehn Millimeter diagnostiziert. Der Anteil ist beachtlich, da die Heilungschancen von Brustkrebs in den Früh- und Vorstufen wesentlich günstiger stehen als in späteren Stadien.

Das Mammographie-Screening wird sächsischen Frauen an 18 Standorten und durch vier mobile Einheiten angeboten. Den Versand der Einladungen und die Terminkoordination organisiert die Zentrale Stelle in Chemnitz. Monatlich werden rund 31.500 Einladungs- und Erinnerungsschreiben an die Teilnahme-

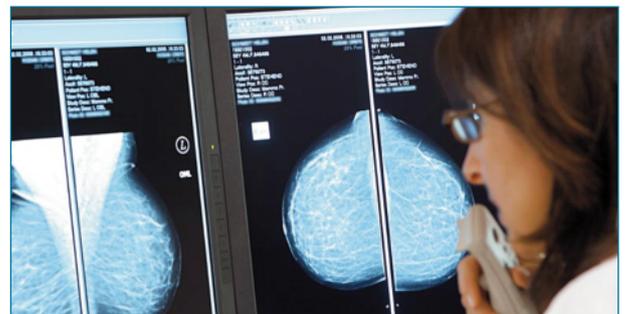
berechtigten erstellt und versandt. Darüber hinaus steht eine telefonische Hotline zur Verfügung. Aufgabe der Hotline ist es, die vorgeschlagenen Termine auf Wunsch der Frauen zu verschieben, Terminanfragen von Selbsteinladerinnen zu koordinieren und fachliche und organisatorische Fragen zu beantworten.

Ein Wermutstropfen sind die unverändert hohen Kosten für das gesetzlich vorgegebene Einladungswesen. Der größte Anteil entfällt auf den quartalsweisen Bezug der Meldedaten beim Kommunalen Kernmelderegister (KKM). Inzwischen liegen diese Kosten bei circa 16 Cent je Adresse und Abruf. Die Mehrzahl der Zentralen Stellen in anderen Bundesländern hingegen erhält diese Arbeitsgrundlage kostenlos.

Bei der Erarbeitung des Haushaltsplanes der Zentralen Stelle im Jahr 2011 erwogen deshalb die Kassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Zahl der Datenabrufe zu halbieren. Allerdings wären dann die Adresskosten je Abruf teurer geworden, weil die Aufwendungen des KKM unabhängig von der Zahl der Abrufe den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden.

Hinzu kommt, dass die Qualität der Meldedaten des KKM deutlich schlechter ausfällt als im Anfangsjahr des Screenings (2007), wo 300 Einwohnermeldeämter die Angaben übermittelten. Dieses Jahr entstehen voraussichtlich Mehraufwendungen von mindestens 3.000 Euro für das Einpflegen der Meldedaten in das Einladungssystem und die Anwenderbetreuung der EDV in der Zentralen Stelle.

Ein Kostenverzicht wie beim Sächsischen Kinderschutzgesetz sollte im Interesse des Freistaates sein. Oder sind Frauen weniger „wert“ als Kinder?



Befundung beim Mammographie-Screening. Rund 65 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen in Sachsen nehmen an der Reihenuntersuchung teil. (Foto: Kooperationsgemeinschaft Mammographie)

Sächsischer Krankenhausplan 2012 / 2013

Anpassung an Bevölkerungsentwicklung

Der sächsische Krankenhausplanungsausschuss will bis zur parlamentarischen Sommerpause den Entwurf einer Krankenhausplanung ab 2012 verabschieden. Die Krankenhausträger haben im Vorfeld 1.928 zusätzliche Betten mit einer deutlichen Ausweitung der Leistungsprofile beantragt.

um etwa sechs Prozent, damit schneller und mehr als von den amtlichen Statistikern vorhergesagt.

Kürzere Verweildauer, mehr Fälle

Diese lebhaftere Entwicklung erwächst zu einem ganzen Teil aus der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems (DRG: Diagnosis Related Groups).

Das zeigt nachhaltige Wirkung im medizinischen Bereich, indem etwa die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus sinkt. Weil ein längerer Aufenthalt als unbedingt notwendig keinen Erlöszuwachs mehr verspricht, wird nach anderen Einnahmequellen gesucht und offenbar gefunden. Die gesetzliche Krankenversicherung erwartet bei der stationären Versorgung nach ersten Schätzungen für 2011 Ausgabensteigerungen in Höhe von drei Prozent. Hierfür ist nicht in erster Linie die

Preisentwicklung, sondern die ungebremste Mengendynamik verantwortlich.

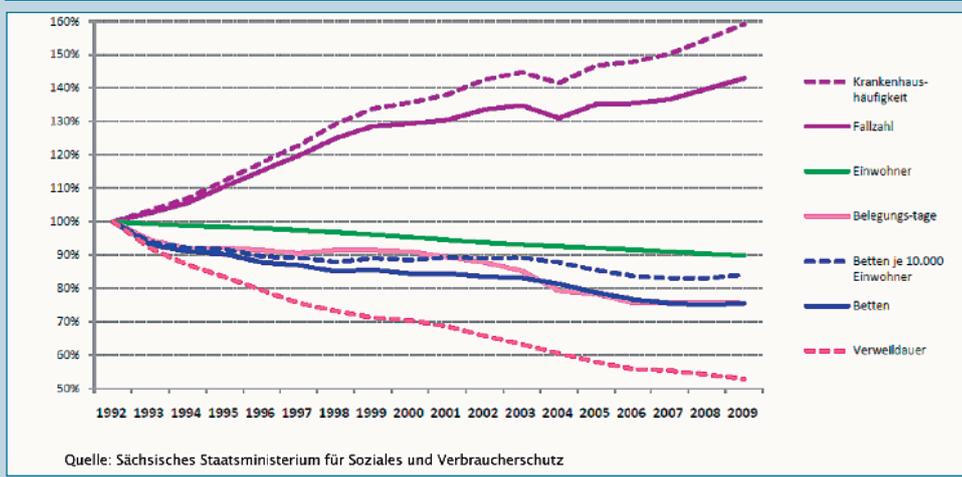
Um im Wettbewerb bestehen zu können, wird es für die Kliniken immer wichtiger, für sich zukunftsorientierte Strukturen zu schaffen. Innerklinische Abläufe werden optimiert und zunehmend Spezialisierungen angestrebt. Der Krankenhausmarkt befindet sich in einem verstärkten Preis- und Qualitätswettbewerb. Die Folgen sind Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesse, die Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft haben.

Schwerpunkte aus Sicht der Ersatzkassen

Vor diesem Hintergrund sehen die Ersatzkassen bei der Krankenhausplanung folgende Prioritäten:

Die von der Staatsregierung vorgesehene kontinuierliche Anpassung der Planungsinstrumente im Krankenhausbereich unter demografischen Aspekten ist ein Gebot der Stunde.

ENTWICKLUNG WICHTIGER KENNZIFFERN DER SÄCHSISCHEN KRANKENHAUSLANDSCHAFT



Weniger, älter, verstreuter

Sachsen erwartet bis 2020 einen Bevölkerungsrückgang von 8,2 Prozent. Nur Dresden und Leipzig wachsen, die Landkreise verlieren Einwohner. Damit geht eine deutliche Veränderung der Altersstruktur einher. Während die jüngeren Altersgruppen starke Rückgänge verzeichnen werden, ist mit dem deutlichen Anstieg bei den über 59-Jährigen zu rechnen. Allein die Gruppe der über 79-Jährigen wird um 60 Prozent wachsen.

Das lässt Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der stationären Versorgung erwarten. Das Statistische Landesamt prognostiziert eine Zunahme der Patientenfälle in Sachsen von 2007 bis 2020 um 3,2 Prozent. Wobei eine regional unterschiedliche Entwicklung vorausgesagt wird – mit Steigerungen in den Ballungszentren und sinkenden Fallzahlen in den verschiedenen Landkreisen. Danach soll die Zahl der Krankenhausfälle um 1,2 Prozent sinken. Die Realität hat indessen die Prognose längst überholt. Die Patientenfälle kletterten von 2007 zu 2010

Trotzdem kann es kein realistisches Ziel für den kommenden Planungszeitraum sein, die an der Einwohnerzahl orientierte **Planungsgröße „Bett“** gänzlich abzuschaffen. In einem ersten Schritt müssen zwingend Prognosedaten zur Demografie und Verweildauerentwicklung in die Berechnung des Bettenbedarfs einfließen sowie höhere Bettennutzungsgrade diskutiert werden.

Die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen **Versorgung von geriatrischen Patienten** schließt die Ausbildung von ausreichend ärztlichem und nicht-ärztlichem geriatrischem Fachpersonal mit ein. Hier gibt es nach Ansicht der Ersatzkassen für die Zukunft noch deutliche Defizite zu beseitigen. Derzeit werden in drei ausgewählten sächsischen Regionen Modelle zur Etablierung geriatrischer Zentren erprobt.

In dem dichten Versorgungsnetz von **Kinderkliniken** sind Fallzahlen und Abteilungsgrößen stark rückläufig. Perspektivisch werden kritische Größenordnungen erreicht. Benötigt werden Weichenstellungen, um weiterhin eine wirksame, finanzierbare sowie eine unter Einhaltung des Facharztstandards entsprechende Versorgung anbieten zu können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Verbesserung der Qualität in der **Behandlung von Frühgeborenen** anhand einer Mindestmengenregelung eine Einteilung der Leistungserbringer in Level 1- und Level 2-Häuser (Perinatalzentren) forciert. Da die Regelungen des Krankenhausplans Priorität gegenüber den Vorgaben des G-BA haben, schlagen die Ersatzkassen vor, die Level 1- und Level 2-Häuser nach der bisherigen Regelung festzuschreiben, d. h. drei Level 1-Häuser und acht Level 2-Häuser in Sachsen.

STRUKTUR DER SÄCHSISCHEN KRANKENHAUSLANDSCHAFT

79 Krankenhäuser mit 25.738 Betten

davon

- 22 Fachkrankenhäuser (3.238 Betten)
- 46 Krankenhäuser der Regelversorgung (12.308 Betten)
- 10 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung (7.614 Betten)
- 2 Maximalversorger (2.578 Betten)

Die Leistungsplanung soll im kommenden Planungszeitraum ihre Realisierung in **Fachprogrammen** finden. Diese stellt einen ersten Schritt in Richtung qualitativer Rahmenplanung dar. An dem avisierten Ziel möchten die Ersatzkassen konsequent festhalten, sind

sich aber bewusst, dass die Umsetzung nur langfristig erfolgen kann.

Krankenhausinfektionen führen zu langwierigen und teuren Behandlungen. Besonders Wundinfektionen nach der Versorgung mit Endoprothesen werden häufig von Sepsen begleitet. Es ist angebracht, separate Fachabteilungen/Krankenhäuser der **septischen Chirurgie** zu beplanen, um die Behandlung dieser Infektionen sicherzustellen.

Bei der weiteren Entwicklung von Kapazitäten für die **akutstationäre Palliativmedizin** müssen die vorhandenen Kapazitäten einbezogen werden. Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ ist es wichtig, auch die sich etablierenden SAPV-Teams (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) in Sachsen in die Bewertung einfließen zu lassen.

Die ärztliche Mitwirkung am Rettungsdienst wird nicht per Gesetz verbindlich vorgegeben. Zunehmend treten Probleme bei der Besetzung von Dienststellen mit Rettungsärzten in einzelnen sächsischen Regionen auf. Die Krankenhäuser sollen deshalb durch eine gezielte Regelung zur **notärztlichen Versorgung** über den Krankenhausplan verpflichtend eingebunden werden.

Die vielfältigen Bemühungen um die Besetzung von **freien Arztstellen** an Krankenhäusern müssen weiter intensiviert werden. Das schließt eine abgestimmte Position zur sektorübergreifenden Bedarfsplanung ein. Die neue Richtlinie zu sektoren- und einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung wird hierzu zukünftig einen Beitrag leisten können.

Stärker als in der Vergangenheit verschieben sich Versorgungsangebote in die Ballungszentren. Definiert werden muss, wie eine **flächendeckende Versorgung** zukünftig ausgestaltet werden soll und wo Kräfte gebündelt werden sollen. Eine klare Positionierung zur Zentrums- beziehungsweise zur Schwerpunktbildung mit entsprechenden Strukturanforderungen ist notwendig.

Fazit

Die Ersatzkassen sehen in der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung viele Chancen, die stationäre Versorgung der nächsten Jahre zukunftsfest zu gestalten. Es muss gelingen, nachhaltige Richtungsentscheidungen zu treffen und keinen Prozess des Verschiebens und Vertagens zwingend zu lösender Probleme zu praktizieren. Dazu gehören die Konzentration auf das Wesentliche, Weitblick sowie eine erhebliche Portion Realismus für das unter den gegebenen finanziellen Aspekten Machbare.

Pflegeberatung

Zwei Jahre regionale Pflegenetzwerke in Sachsen

Läuft alles nach Plan, dann sind regionale Netzwerke der Pflegeberatung im Freistaat Sachsen zum Jahresende flächendeckend etabliert. Von den an den 13 Landkreisen und kreisfreien Städten ausgerichteten Netzwerken bestehen neun; zwei nahmen im Mai die Arbeit auf. Die übrigen – die Städte Dresden und Leipzig – haben sich bereits grundsätzlich dafür entschieden. Damit hat Sachsen eine wichtige Etappe bei der qualifizierten Pflegeberatung genommen.

Der Bundesgesetzgeber hatte mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch speziell ausgebildete Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfeangeboten eingeführt. Zur Unterstützung sollten entsprechende Strukturen geschaffen werden, wobei die Präferenz auf der Einrichtung von Pflegestützpunkten lag.

Die Entscheidung darüber lag bei den Ländern. Sachsen entschied sich im Mai 2009 für ein Konzept, das ohne Pflegestützpunkte auskommt. Es basiert auf der engen Einbindung regionaler Versorgungsakteure (einer intensiven Vernetzung) und der wohnungsnahen Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Nuancenreiche Ausgestaltung

Beim Resümee wie weit sich die Länder zwischenzeitlich dem vom Bundesgesetzgeber vorgegebenen Ziel einer verbesserten Pflegeberatung genähert haben, drängt sich ein struktureller Vergleich auf. Inwiefern

gelingt es in den Ländern Pflegestützpunkte einzurichten, inwiefern wurden andere Konzepte umgesetzt? Das Ergebnis der Pflegestützpunktländer ist durchmischt. Das war zu erwarten, sind doch die Voraussetzungen von Land zu Land unterschiedlich. Ginge es nur um den Vergleich der Umsetzung zweier struktureller Konzepte, braucht Sachsen ihn nicht zu scheuen.

Zunehmend sollte klar werden, dass es letztlich nicht um die einfache Gegenüberstellung von „mit“ und „ohne“ Stützpunkte gehen kann. Die Welt der Pflegestützpunkte bildet kein homogenes Gebilde. Örtlichkeit der Stützpunkte, Herkunft des Personals, Beratungsinhalte und Öffnungszeiten werden selbst innerhalb einzelner Länder unterschiedlich gestaltet.

Die Welt der sächsischen Pflegenetzwerke ist ebenso nuancenreich. Die Frage nach der Einbindung und der Mitarbeit welcher Akteure und der Intensität der Zusammenarbeit dürfte verschieden beantwortet werden, gibt es doch „Pioniere“ wie die Stadt Chemnitz und Regionen, wo die Partner sich zunächst finden mussten.

Koordinierung verpflichtender Vorgaben

Bei der nächsten Etappe auf dem Weg zu einer besseren Pflegeberatung wird sich deshalb Sachsen nach Auffassung der Ersatzkassen intensiver als bislang mit dem Funktionieren der Struktur Pflegenetzwerke und der Pflegeberatung als solche auseinandersetzen haben. Die 2009 unter Beteiligung der Staatsregierung zwischen Kommunen und Pflegekassen geschlossene Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Sachsen zwischen Staatsregierung, Kommunen und Pflegekassen war ein geeignetes Instrument, um den sächsischen Weg zu bereiten. Jetzt bedarf es Instrumente, um eine hohe Qualität der Pflegeberatung in allen sächsischen Pflegenetzwerken und bei jedem Netzwerkpartner sicherzustellen.

Das beinhaltet Überlegungen zur Definition von Mindeststandards und zur Koordinierung, dass diese verpflichtenden Vorgaben erreicht und gehalten werden. Diese Herausforderung steht übrigens genauso vor den Stützpunktländern. Vor allem müssen die Pflegebedürftigen noch mehr eingebunden werden, um auch durch sie messen zu können, ob all diese Maßnahmen greifen. Verbesserte Pflegeberatung muss für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wahrnehmbar sein.



„Nicht alleine sein“

Ambulante Hospizdienste unterstützen Schwerstkranke

Viele schwerkranke Menschen wollen lieber zu Hause sterben als in der Klinik. Ambulante Hospizdienste bieten hierfür Beratung und Unterstützung. Ihre ehrenamtlichen Mitarbeiter kommen an das Krankenbett in vertrauter Umgebung. Sie helfen, dass die Sterbenden mit ihren Ängsten und Nöten nicht allein sind, entlasten deren Familien.

In Sachsen wählen zunehmend mehr Menschen diese aufsuchende Begleitung in der letzten Lebensphase. 2010 waren es 2.100 Betroffene, die von ambulanten Hospizdiensten betreut wurden, im Jahr zuvor 1.932. Auch die Zahl der ehrenamtlichen Begleiter stieg in diesem Zeitraum, von 1.614 auf etwa 1.649.

Die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung der ambulanten Hospizdienste wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gefördert. Bei der vdek-

Landesvertretung haben dieses Jahr 46 Dienste entsprechende Anträge für Personal- und Fortbildungskosten gestellt. Bis Monatsende soll über das beantragte GKV-Fördervolumen in Höhe rund zwei Millionen Euro entschieden sein.



Werden und Vergehen gehören zum Leben. Obwohl dieser Kreislauf ein natürlicher Prozess ist, bereitet der Gedanke an das Sterben Unbehagen.

KURZ GEMELDET

■ Unterstützung für Ärzte

Der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Sachsen hat im Mai Fördermaßnahmen festgelegt, um Ärzte für Regionen mit Unterversorgung oder drohender Unterversorgung zu gewinnen. Sie beinhalten Investitionszuschüsse bis zu einer Höhe von 60.000 Euro je neuem Arztsitz und Umsatzgarantien in den ersten drei Jahren nach Übernahme und nach Neueinrichtung von Praxen. Die Maßnahmen gelten zunächst für fünf Planungsbeiriche im Freistaat. Seit Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes kann der Landesausschuss wieder über Förderungen beschließen.

■ Rehabilitationseinrichtungen geprüft

Vdek, AOK PLUS und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung haben die Qualitätsprüfungen der strukturellen Gegebenheiten von stationären Rehabilitationseinrichtungen fortgeführt. Geprüft wurden unter anderem vorhandene Personalschlüssel, Qualifikationen des Personals sowie räumlich-apparative Voraussetzungen. Erste Auswertungen belegen, dass die gestellten Anforderungen gut erfüllt werden. Lediglich bei der Quantität in der ärztlichen und therapeutischen Besetzung zeigen einige Einrichtungen Verbesserungsbedarf.

■ Förderung der Selbsthilfe

Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen 2011 die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen der Stadt Leipzig und des Landkreises Sächsische Schweiz/Osterzgebirge mit pauschalen Zuschüssen in Höhe von rund 89.000 Euro. Für dieses Jahr hatten 164 Gruppen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eine Förderung bei der vdek-Landesvertretung beantragt. Sie koordiniert in beiden Regionen die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung.

■ Benotung von Pflegedienstleistern

Die Noten von 1.026 ambulanten und 791 stationären sächsischen Pflegeeinrichtungen sind mittlerweile (Stand 30.5.2011) veröffentlicht. Insbesondere die Qualität der stationären Einrichtungen ist positiv zu bewerten. So erhielten 727 Einrichtungen Gesamtnoten zwischen 1,0 und 2,5. Das entspricht einem Anteil von 92 Prozent.

ENTSCHEIDUNG FÜR REGIONALE PRÄSENZ

Ende der 1980er-Jahre entschlossen sich die bundesweit organisierten Ersatzkassen und ihre Verbände – Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV), Vertretungen in den Bundesländern einzurichten. Sie wollten so ihre regionale Präsenz und die Zusammenarbeit mit allen in der Gesundheitsversorgung Verantwortlichen vor Ort ausbauen. Die VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen nahm 1991 offiziell ihre Arbeit auf.

Gesundheitspolitik aus dem Wohnzimmer

Vor 20 Jahren: Ersatzkassenverbände eröffnen Landesvertretung in Sachsen



Leitete den Aufbau der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Sachsen: Dr. Sigmar Treibmann

Die erste sächsische Landesregierung lebte als Wohngemeinschaft unter einem Dach und machte Politik am Küchentisch. Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände im Freistaat Sachsen startete ihre Tätigkeit aus dem Wohnzimmer.

Mangels geeigneter Geschäftsräume und fehlendem Telefonanschluss richtete ihr erster Leiter, Dr. Sigmar Treibmann, im Herbst 1990 sein Büro zu Hause ein. Wenige Wochen zuvor war der Dresdner Facharzt für Allgemeinmedizin, der sich nach der politischen Wende für den Aufbau einer unabhängigen Gewerkschaft im Gesundheitswesen engagiert hatte, zum Verband gestoßen. Mit dem Wartburg ging es dann häufig zur Verbandsgeschäftsstelle nach Siegburg im Rheinland. Zurück kam er jedes Mal mit Informationsmaterial vollgeladen wie ein Kleintransporter. Im Gepäck befand sich auch eine Kugelkopf-Schreibmaschine mit Diskette. „Für uns war das ein Fortschritt,“ erinnert sich Dr. Treibmann. „Mit ihr ließen sich komplette Texte speichern und korrigieren.“

Dank „Vitamin-B“ konnten schließlich drei Räume bei der Verwaltungsberufsgenossenschaft auf der Sankt-

Petersburger-Straße in der Landeshauptstadt gemietet werden. Diese Adresse wurde erster Sitz für die drei Mitarbeiter, deren Aufgabe es war, die Landesvertretung aufzubauen und parallel zwei verschiedene Gesundheitssysteme zusammenzuführen.

Infolge der deutschen Einheit galt in den neuen Ländern bundesdeutsches Recht. Dessen Einführung kam zuweilen Hau-Ruck-Aktionen gleich. „Damit ab 1.1.1991 niedergelassene Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen konnten, mussten alle Kassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen die Anträge für sämtliche Zulassungen und Ermächtigungen bearbeiten,“ so Dr. Treibmann. „Drei Tage haben wir von früh bis Mitternacht zusammengesessen.“

Zusammenführung hieß auch Verständnis zu wecken für ostdeutsche Versorgungsformen, wie die Weiterführung der Dispensairebetreuung der an Diabetes mellitus Erkrankten. „Diese ärztliche Behandlung von Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen in speziellen Einrichtungen gab es im Westen nicht. Entsprechend groß waren die Ängste, die man uns entgegenbrachte.“ Auf neuer Basis konnte diese Versorgungsform noch fünf Jahre fortgeführt werden.

Der Leiter der Landesvertretung musste selbst neues Sozial- und Verwaltungsrecht auf die Schnelle erlernen. Von Vorteil war, dass der Leiter des Vertragsbereiches von der DAK aus Hamburg kam und als „alter Hase“ reichlich Kassenerfahrung mitbrachte. Auf die Anfänge zurückblickend sagt Dr. Treibmann: „Die Familie hatte in der Zeit nicht wirklich viel von mir. Aber es war Aufbruchstimmung. Die motivierte.“

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des vdek
Glacisstraße 4 · 01099 Dresden
Telefon: 0351 / 87655-0 · Telefax: 0351 / 87655-43
E-Mail: lv-sachsen@vdek.com
Verantwortlich: Silke Heinke · Redaktion: Dirk Bunzel