

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ENTBÜROKRATISIERUNG Mehr Zeit für Pflege | **REHABILITATION** 10 Jahre ambulante Angebote
GESUNDHEITSFÖRDERUNG Projekt für Langzeitarbeitslose | **ABRECHNUNGSBETRUG** Wenige Fälle

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . APRIL 2015

AUSSCHREIBUNG

**Sächsischer
Selbsthilfepreis:
Mit Ideen gewinnen**



FOTO vdek

Schlaganfallpatienten referieren über ihre Hobbies, Eltern organisieren Sommercamps für junge Diabetiker, Kehlkopfoperierte informieren in Schulen über die Gefahren des Rauchens. Selbsthilfe lebt von den guten Ideen der Akteure. Die regen die Arbeit in den Selbsthilfegruppen an und bringen neue Mitstreiter. Für die Ersatzkassen ist die Selbsthilfe ein wichtiger Partner. Mit dem in diesem Jahr zum vierten Mal zu vergebenden Selbsthilfepreis der Ersatzkassen sollen nachahmenswerte Initiativen von Einzelpersonen und Gruppen in Sachsen besonders gewürdigt werden. Die Auszeichnung ist mit 5.000 Euro dotiert. Sie wird von einer Jury aus Vertretern des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe vergeben. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 30. Juni 2015. Nähere Informationen finden Interessierte im Internet unter www.vdek.com/LVen/SAC.

BUNDESGESETZGEBUNG

Massiver Angriff auf Selbstbestimmungsrecht

Die Berliner Koalition will das **Versorgungsstärkungsgesetz bis zum Sommer verabschieden. Noch besteht Änderungsbedarf. Vier Beispiele, wo aus Sicht des Ersatzkassenverbandes am vorliegenden Gesetzentwurf nachgearbeitet werden muss.**

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) setzt die Bundesregierung den in der vergangenen Wahlperiode eingeschlagenen Kurs fort, die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland weiter zu entwickeln. In vielen Punkten des Gesetzentwurfs ist die Regierung gut unterwegs. Gleichzeitig enthält das Vorliegende problematische Regelungen.

Landesbehörde bestimmt MDK-Verwaltungsräte?

Änderungsbedarf besteht bei den Neuregelungen zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Sie stellen einen massiven Angriff auf das Selbstbestimmungsrecht der Sozialpartner dar. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass künftig ein Drittel der Mitglieder des MDK-Verwaltungsrates durch eine oberste Landesbehörde bestimmt werden soll. Und nicht durch Wahl, wie bei den jetzigen Mitgliedern. Mit diesen Vorschlägen folgt das Bundesgesundheitsministerium dem Irrtum, dass die Interessen von

Pflegebedürftigen und Pflegedienstleistern nicht hinreichend berücksichtigt werden. Dies ist nicht der Fall. Diese Personengruppen sind bei der Erarbeitung der wesentlichen Richtlinien der Tätigkeit des MDK über den GKV-Spitzenverband eingebunden. An dieser Stelle ist die Einbeziehung sinnvoll und konstruktiv.

Strukturfonds außerhalb von Problemgebieten?

Nachgearbeitet werden muss auch bei den Strukturfonds, mit denen die vertragsärztliche Versorgung gefördert wird. Dazu gehören etwa Zuschüsse zu Praxisgründungen oder zur Ausbildung. Nach dem Gesetzentwurf soll es künftig überall möglich sein, Fonds einzurichten. Bislang war das auf Problemgebiete beschränkt. Die geltenden Regelungen zur Finanzierung bleiben unverändert: Entschließt sich eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) zur Auflegung eines Strukturfonds in bestimmter Höhe, haben die Kassen auf Landesebene einen gleichhohen Betrag zuzuschießen. Da, wo Versorgungsprobleme wie in Sachsen bestehen, besitzen Strukturfonds ihre



Wer kauft dem Landarzt seine Praxis ab?



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

FOTO vdek

Der Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten bleibt das bislang einzige Mittel, um Verwerfungen in der Versorgungssituation – insbesondere zwischen Stadt und Land – langfristig auszugleichen. Der Ansatz ist gut. Gleichwohl verbinden sich mit ihm vielschichtige Probleme. Überversorgung ist ein nach den Regeln der Bedarfsplanung errechnetes Zuviel an Ärzten. Das heißt nicht, dass es im Alltag zu viele Ärzte gibt und dringend Praxen aufgekauft werden müssen. Die Diskrepanz wird bei Kinderärzten deutlich: Trotz eines Versorgungsgrades von über 170 Prozent gibt es Klagen. Auch gehen junge Ärzte nicht automatisch aufs Land, wenn in der Stadt das Angebot verknappt wird und auf dem Lande Praxen frei sind. Sie fordern etwa eine angemessene Infrastruktur und eine Umsatzgarantie. Und was bleibt dem Landarzt, der weit über das 70. Lebensjahr hinaus seine Patienten versorgt, weil er keinen Nachfolger für seine Praxis findet? Wer kauft ihm die Praxis ab, um die weitere medizinische Versorgung sicherzustellen und dem bisherigen Praxisinhaber aus dem Erlös seine Altersversorgung zu finanzieren? Diese Problemlagen lassen kein großes Aufkauf-Halali erwarten. Kein Grund also zur Aufgeregtheit unter der Ärzteschaft beim Thema Praxisaufkauf.



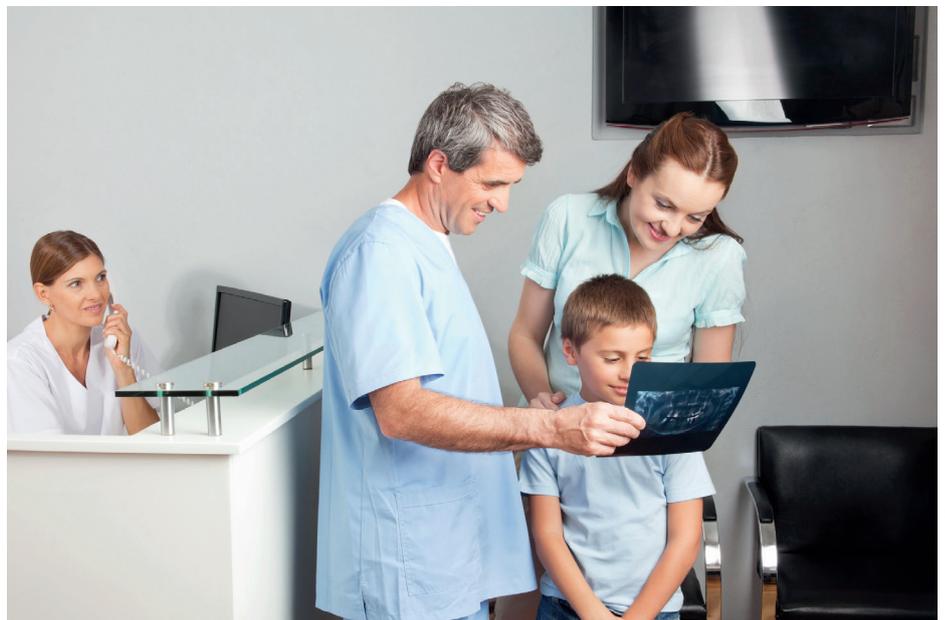
Existenzberechtigung. Fließen die finanziellen Zusatzmittel aber auch in „problemfreie“ Gebiete, gewinnen diese weiter an Attraktivität. Die Suche nach ärztlichem Personal für strukturschwache Regionen wird sich dann schwieriger gestalten als ohnehin schon.

Gut ist, dass die Regierung grundsätzlich die vielerorts vorhandene Überversorgung mit in den Blick nimmt. So soll die bisherige Kann-Regelung zum Praxisaufkauf in eine Soll-Regelung überführt werden. Auch wird die Nachbesetzung eines Arztsitzes verschärft. Ein in der Praxis angestellter Arzt oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben worden ist, muss dies mindestens drei Jahre getan haben, um eine Praxis zu übernehmen. Das Instrument des Praxisaufkaufs wird allerdings nur wirken können, wenn bei der Abstimmung über die Nachbesetzung die üblichen Regeln der Zulassungsausschüsse gelten. Das heißt, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag auf Nachbesetzung eines Praxis-sitzes als abgelehnt. Die heute geltende Sonderregelung ist deshalb zu streichen. Der Ersatzkassenverband begrüßt aber die Idee, von einem Aufkauf absehen zu können, wenn die Praxis innerhalb eines Planungsgebietes verlegt wird, um an anderer Stelle Versorgungsprobleme

abzufangen. Dies kann helfen, eine ungleiche Arztsitzverteilung insbesondere in Großstädten zu korrigieren.

Vorrangig für Forschung und Lehre

Die Bundesregierung will außerdem die Hochschulambulanzen per Gesetz ermächtigen, an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilzunehmen. Diese Regelung steht bisherigen Bemühungen entgegen, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ermächtigter Einrichtungen zu schaffen und damit die Angebote der Sektoren besser zu koordinieren. Hochschulambulanzen behandeln Patientengruppen, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht umfassend betreut werden können. Die Versorgung dient dabei vorrangig dem Zweck von Forschung und Lehre und nicht der Versorgung im Sinne des Sicherstellungsauftrags der KVen. Zusätzlich können Hochschulambulanzen unterstützend einspringen, wenn eine bestehende Unterversorgung abgewendet werden soll. Wenn ermächtigte Einrichtungen in die ambulante Bedarfsplanung aufgenommen werden sollen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, muss es Ziel sein, diese Einrichtungen zur standardisierten Leistungsstatistik zu verpflichten. ■



UMSTRITTEN Praxisaufkauf bei Überversorgung

FOTO Robert Kneschke - Fotolia.com

PFLEGEDOKUMENTATION

Mehr Pflege und Betreuung, weniger Papier

Mit Mut zur Lücke wird eine verschlankte Pflegedokumentation auch in Sachsen getestet. Das Pflegepersonal soll nur noch das notieren, was von der Routine abweicht.

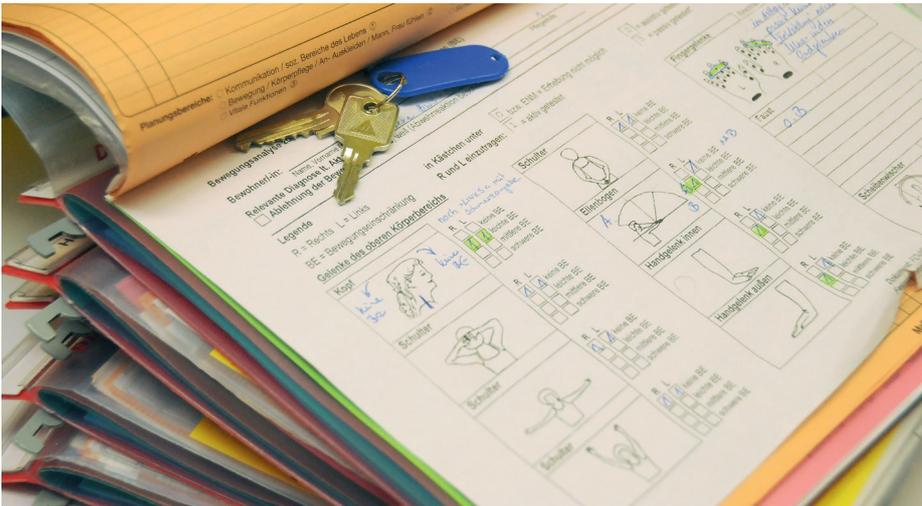


FOTO: Bunzel – vdek

PAPIER IST BALD VERGANGENHEIT: Auszug aus der Pflegeakte eines Heimbewohners

Pflegebedürftige und Pflegendе beklagen seit Jahren den stetig gestiegenen Dokumentationsaufwand, welcher zu Lasten der dringend benötigten Zeit für originäre Pflege- und Betreuungsleistungen am Pflegebedürftigen geht. Das im Januar 2015 vom Bund initiierte Projekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ soll Abhilfe schaffen. Grundlage ist ein auf Bundesebene bereits erfolgreich getestetes, sogenanntes Strukturmodell einer neuen Pflegedokumentation. Richtig angewendet, entspricht es den fachlichen als auch den vertraglichen und juristischen Anforderungen für die Dokumentation. Zugleich sinkt der benötigte Aufwand. Das neue Strukturmodell weicht deutlich von den bisher in Deutschland angewendeten Dokumentationssystemen ab und stellt einen hohen fachlichen Anspruch an die Pflegefachkräfte: Sie entscheiden, wann sie etwas dokumentieren. Zahlreiche, bisher regulär auszufüllende Checklisten und Assessments entfallen

oder werden nur noch bei individuellem Bedarf verwendet. Pflegeberichte und Leistungsnachweise werden auf ein Mindestmaß reduziert.

Die Implementierung dieses Systems erfordert eine systematische Begleitung. Der Landespflegeausschuss Sachsen, zu dem auch der Verband der Ersatzkassen gehört, hat sich ausdrücklich für die Umsetzung des neuen Dokumentationsmodells in Sachsen ausgesprochen. Eine Arbeitsgruppe wurde beauftragt, die Einführung zu unterstützen. Innerhalb der jetzt beginnenden zweijährigen, wissenschaftlich begleiteten Projektphase sollen mehr als 450 Pflegeeinrichtungen das neue Strukturmodell anwenden. Das entspricht circa 25 Prozent aller im Freistaat zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Sie sollen Erfahrungen bei der Einführung unter sächsischen Rahmenbedingungen sammeln. Denn später sollen auch die übrigen Pflegeanbieter die Pflegedokumentation umstellen. ■

SICHERSTELLUNG

Zuzahlungen der Patienten sollen Ärzte entlasten

Eines muss man der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) lassen. Sie ist ein ideenreicher Mitstreiter, um Versorgung zu gestalten. Den Demografiefaktor, der das Alter der Bevölkerung bei der ärztlichen Bedarfsplanung berücksichtigt, und das Ungarn-Projekt für Medizinstudenten, bei dem Landärzte für Sachsen in Pécs ausgebildet werden, dachte sich die KVS aus.

Mitte März kam ein neuer Vorschlag. Die KVS will mit einer höheren Eigenbeteiligung der Patienten die Ärzte entlasten. Wie bei Krankenhaus-aufenthalten, Medikamenten oder Schuheinlagen üblich, sollen Patienten für den Besuch beim Haus- und Facharzt zuzahlen. Mit der Eigenbeteiligung würden sich Patienten überlegen, ob sie eine Leistung brauchen oder nicht, so der Ansatz. Das würde die Zahl der Arztbesuche vermindern. Bei denen sind die Deutschen weltweit Spitze.

Die Einsicht, Ärztezahlen nicht beliebig erhöhen zu können, ist richtig. Die Idee, den Zugang zu Ärzten mittels „Eintrittsgeld“ zu steuern, hingegen unangebracht. Damit würden noch mehr finanzielle Lasten einseitig den Patienten – unseren Versicherten – aufgebürdet. Die letzte Gesundheitsreform hat die Finanzarchitektur der Krankenkassenbeiträge entscheidend verändert. Die hälftige Finanzierung durch Arbeitgeber und Versicherte ist vorbei. Der Arbeitgeberbeitrag wurde eingefroren. Was an Ausgabensteigerungen kommt, müssen allein die Versicherten tragen. Sie merken das bereits bei den Zusatzbeiträgen. Weitere Belastungen sind durch laufende Gesetzesvorhaben absehbar.

Ambulante Reha- zentren vor allem in Städten



FOTOS: Bormel – viedak (4)

Medizinische Rehabilitation („Reha“) soll Patienten helfen, ihre Gesundheit wieder herzustellen und zu stärken. Wo das nicht möglich ist, versucht sie das Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten. In Deutschland kümmern sich drei Kostenträger um die medizinische Rehabilitation – die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die gesetzliche Rentenversicherung und die Unfallversicherung. Vereinfacht gesagt: Die GKV ist meist für alle Patienten außerhalb des Berufslebens zuständig. Das sind Kinder und Jugendliche sowie Rentner. Außerdem darf nicht ein Unfall ursächlich für die Rehabilitation sein. Diese Unterteilung beeinflusst die Krankheitsbilder und die Zahl der Betroffenen bei den jeweiligen Kostenträgern.

Rehabilitation kann stationär und ambulant erfolgen. In Sachsen arbeiten 52 stationäre Einrichtungen („Rehakliniken“) und 21 ambulante. Während sich die Rehakliniken flächig über ganz Sachsen verteilen, sind ambulante Einrichtungen überwiegend in den städtischen Gebieten zu finden. Einige Rehakliniken bieten neben der stationären zusätzlich auch die ambulante Rehabilitation an. Informationen zu den örtlichen Angeboten geben die Geschäftsstellen der Ersatzkassen.

Geschlafen wird im eigenen Bett

Nach einer Knieoperation war vor Jahren ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik die Regel. Heute geht Reha auch ambulant. Patienten können morgens kommen und abends wieder daheim sein.



AMBULANT ANGEBOTEN: Bewegungsbad im Rehazentrum St. Elisabeth Leipzig

Zunehmende chronische Erkrankungen und steigende Lebenserwartung führen zu großen Herausforderungen auch in der Rehabilitation. Gefragt sind Versorgungskonzepte zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Vermeidung von Pflege, die den gewandelten Wünschen der Patienten und den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung tragen.

Die Ersatzkassen in Sachsen begannen in den 90er Jahren, neben der üblichen stationären medizinischen Rehabilitation eine ambulante Variante zu etablieren. Mehrere Modelle wurden auf Praxistauglichkeit erprobt. 2001 schrieb der Gesetzgeber die ambulante Rehabilitation in den GKV-Leistungskatalog, 2004 konnten die ersten Verträge mit Anbietern geschlossen werden. Für sieben Krankheitsbilder, darunter für muskuloskeletale, kardiologische und psychische

Leiden, bestehen heute ambulante Behandlungsmöglichkeiten.

Seit 2004 hat sich bundesweit die Zahl der ambulanten Behandlungen etwa verdoppelt. Ihr Anteil an der gesamten medizinischen Rehabilitation bleibt gering (2013: gesetzliche Krankenversicherung 10,3 Prozent, gesetzliche Rentenversicherung 13,0 Prozent). Nach Ansicht der Ersatzkassen besitzt die ambulante Variante ein Potential, das über der gegenwärtigen Nutzung liegt. Bei der Entscheidung über eine Reha sollte deshalb diese Option stärker einbezogen werden.

Wie gut sie aufgestellt sind, das können ambulante Reha-Anbieter in Sachsen bei einer Erhebung zeigen, die im Sommer startet. Neben räumlicher und technischer Ausstattung prüfen die Kassen auch personelle Besetzung und interne Kommunikation. ■

INTERVIEW

Kurgedanke und Gewohnheit bremsen ambulante Reha

Das ambulante Rehazentrum St. Elisabeth Leipzig (ARZ) bietet Rehabilitation für Muskel-Skelett-Erkrankungen an. Im Interview spricht der Ärztliche Leiter René Toussaint über seine Erfahrungen.

udek Ambulante Reha bringt es aktuell nur auf einen geringeren Anteil der Patienten wie die stationäre Reha. Warum?

René Toussaint In anderen Ländern in Europa und der Welt spielt die ambulante Reha die Hauptrolle. So lange aber hierzulande der alte Kurgedanke im Vordergrund steht, so lange bleibt die Entwicklung der ambulante Reha schwierig. Rehabilitation war in Deutschland jahrzehntelang mit Kurhotel und Rundumverwöhnung verbunden.

udek Warum machen Muskel-Skelett-Erkrankungen den größten Anteil in der ambulanten Reha aus?

RT Bei diesen Erkrankungen gibt es das höchste Aufkommen an Patienten, die eine medizinische Reha brauchen. Zugleich ist die Akzeptanz für die ambulante muskuloskelettale Reha in der Bevölkerung und Ärzteschaft am größten. Andere Indikationen haben es dagegen schwerer, sich zu etablieren.

udek Ambulante Reha heißt gleich hohes Qualitätsniveau wie das einer stationären Rehaklinik. Was bietet Ihr Haus?

RT Bis auf die Übernachtungsmöglichkeit unterscheidet sich das rehabilitative Angebot bei uns nicht. Unser Rehazentrum können alle Menschen nutzen, die bei chronischen Erkrankungen, nach Unfällen oder nach Operationen, die den Bewegungsapparat betreffen, eine Reha brauchen. Wer beispielsweise ein künstliches Hüftgelenk erhalten hat, kann zu Hause schlafen und trotzdem zielgerichtet rehabilitiert werden. Bei uns behandelt ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekraft, Psychologin, Physio-, Sport- und



DR. RENÉ TOUSSAINT

Ergotherapeuten sowie Sozialarbeiterin und Ernährungsberaterin.

udek Woher kommen Ihre Patienten?

RT Patienten mit chronischen Erkrankungen werden von niedergelassenen Ärzten zu uns empfohlen. Operierte oder stationär behandelte Patienten werden aus Kliniken der Orthopädie / Unfallchirurgie oder der Neurochirurgie ins ARZ St. Elisabeth geleitet. Die meisten Rehabilitanden kommen aus der Stadt Leipzig und dem angrenzenden Südraum.

udek Welche Patienten entscheiden sich für ambulante Reha?

RT Wir haben regelmäßig Patienten im Alter von 20 bis 80 Jahren. Es sind besonders Patienten, die wieder ins Arbeitsleben zurückkehren möchten, die unser Angebot vermehrt nutzen. Aber auch für viele ältere Menschen passt die ambulante Reha vor Ort. Der engere Kontakt zur Familie und zu den ärztlichen Vorbehandlern wirkt sich dabei häufig heilungsfördernd aus. ■

PERSPEKTIVE

Sachverständigenrat: Ambulant und stationär kombinieren



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens hat sich in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ unter anderem mit dem Thema Rehabilitation befasst. In dem 2014 vorgelegten Gutachten sieht der Rat angesichts der Studienlage „kaum eine belastbare Grundlage für eine abschließende Beurteilung“. Dennoch deuteten Studienergebnisse darauf hin, dass keine wesentlichen Wirksamkeitsunterschiede zwischen der ambulanten und stationären Reha bestehen. Aus den gesundheitsökonomischen Bewertungen schließen die Autoren mindestens vergleichbare, wenn nicht sogar geringere Kosten. Die Sachverständigen sehen den Ausbau der ambulanten Reha-Angebote als geboten an. Insbesondere mit einer kombinierten stationären und ambulanten Maßnahme könnte die Behandlung verkürzt werden. Mit dem Effekt, dass der Patient stufenweise wieder in den Alltag eingegliedert werden könnte. Diese Mischung aus stationärer Auszeit und wohnortnaher Weiterbehandlung sei aus medizinischer und ökonomischer Perspektive vielversprechend. Die Experten sprechen sich in ihrem Gutachten dafür aus, die Potentiale dieser neueren Intervallkonzepte zu erproben und evaluieren.

25-Stunden-Arbeitstage und falsche Urkunden

Schwarze Schafe gibt es auch unter weißen Kitteln. Kassenprüfer stoßen immer wieder auf Fälle von Abrechnungsbetrug. Das ist eher die Ausnahme als die Regel.



FOTO: helahode - Fotolia.com

SELTEN: Betrugsfälle im sächsischen Gesundheitswesen

Behandlungen ohne Qualifikation, gefälschte Urkunden, fehlende Zulassungen. Fehlverhalten im Gesundheitswesen schädigt Jahr für Jahr die Versichertengemeinschaft. Doch Betrugsfälle sind selten. Das zeigt die Bilanz für 2014 des vdek-Arbeitsausschusses in Sachsen zur Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation.

Insgesamt 49 Fälle hat der Ausschuss untersucht. Für elf bestätigte sich der Manipulationsverdacht. Die meisten Fälle fanden sich bei Heil- und Hilfsmittelerbringern (8). Auch bei zwei Pflegediensten und einem Krankenhaus wurden die Kassenprüfer fündig. Gegen die Betroffenen wurde eine Vertragsstrafe verhängt bzw. Strafanzeige erstattet. In neun Fällen bestätigte sich der Anfangsverdacht nicht, bei 29 Fällen waren die Prüfungen 2014 noch nicht abgeschlossen. Insgesamt wurden 38.000 Euro Schadenersatz an die Ersatzkassen gezahlt.

„Fehlverhalten zu entdecken ist wie ein großes Puzzle“, sagt Michael Graichen,

Manipulationsexperte in der vdek-Landesvertretung. „Ein 25-Stunden-Arbeitstag fällt bei Abrechnungen mit unterschiedlichen Krankenkassen nicht auf.“ Jede Kasse sehe bloß das, was sie erhalte. Legten alle ihre Unterlagen nebeneinander, würden solche Unstimmigkeiten erst sichtbar.

Was die Ersatzkassen bereits mit dem vdek-Gremium praktizieren, findet seit letztem Jahr seine Fortsetzung innerhalb der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kassen und ihre Verbände haben in Sachsen begonnen, regelmäßig gemeinsam zu Manipulationsthemen zu tagen und Erkenntnisse auszutauschen.

Wichtig sei es, „schwarze Schafe“ konsequent zur Verantwortung zu ziehen, sagt Graichen. „Hier brauchen wir Unterstützung.“ Der vdek-Experte erneuerte die Forderung des Verbandes, Hinweise und Strafanzeigen der gesetzlichen Krankenkassen zentral und durch speziell geschultes Personal bei den Ermittlungsbehörden zu bearbeiten. ■

Korruption im Gesundheitswesen wird strafbar

Seit 2004 sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, eigene Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu unterhalten. Die Ersatzkassen in Sachsen widmen sich seit dem Jahr 2000 der Manipulationsabwehr. Zur Meldung von Abrechnungsmanipulationen besteht bei den Ersatzkassen die zentrale Mailadresse manipulationsabwehr@vdek.com. Sie nimmt vertraulich Hinweise entgegen, die auf ein Fehlverhalten schließen lassen.

Die Bundesregierung will noch ein Stück weiter gehen, wie der Entwurf eines Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen zeigt. Bestechlichkeit und Bestechung sollen künftig unter Strafe stehen. Prämienzahlungen an Ärzte, damit ein bestimmtes Medikament häufiger verschrieben wird, oder Zuwendungen, dass Patienten in ein bestimmtes Sanitätshaus weitergeleitet werden, werden strafbar. Der neue Strafbestand bezieht alle Heilberufe ein, also auch Physiotherapeuten oder Apotheker. Er gilt ebenfalls für diejenigen, die ihnen unzulässige Vorteile anbieten.

vdek-Manipulationsexperte Michael Graichen: „Abrechnungsbetrug und Korruption sind kein Kavaliersdelikt. Sie schaden der Versichertengemeinschaft.“ Zu Unrecht erfolgte Zahlungen fehlten an anderer Stelle. Hinzu komme, dass das Vertrauen in die Integrität der ärztlichen Entscheidung Schaden nehme, wenn diese nicht die am besten geeignete, sondern die für sie lukrativste Arznei verordneten.

MODELLPROJEKT

Arbeitslos und krank: Den Kreis durchbrechen



ERPROBUNG LÄUFT: Jobcenter vermitteln Gesundheitskurse

Im Vogtlandkreis haben die ersten Langzeitarbeitslosen an Gesundheitskursen teilgenommen, die über das Jobcenter Plauen vermittelt wurden. Bei diesem speziellen Angebot erhalten Teilnehmer Informationen zur gesunden Lebensführung, zur Verminderung von Stress und lernen mit der Lebenssituation „Arbeitslosigkeit“ umzugehen. Zwei Kurse mit 18 Teilnehmern fanden bereits statt, drei weitere sind inzwischen angelaufen. Eine Kooperation der Bundesanstalt für Arbeit und der gesetzlichen Krankenversicherung bildet die Basis für dieses Modellprojekt, das Arbeits- und Gesundheitsförderung verzahnt.

„Die Rückmeldungen stimmen positiv“, sagt Martina Kober, Geschäftsführerin des Jobcenters in der Vogtlandstadt. „Die Teilnehmer nehmen die Kursorganisation und die offene Atmosphäre als persönliche Wertschätzung wahr.“

Langzeitarbeitslosigkeit gilt als erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor. Zugleich ist der berufliche Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert. Arbeitslose Menschen leiden durch diese Situation vermehrt an psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, sie sind länger und häufiger in stationärer Behandlung. Gesundheitsfördernde Angebote erreichen den Personenkreis aber nur schwer. Abhilfe sollen niedrigschwellig und unbürokratisch gehaltene Zugangswege zu speziellen Gesundheitskursen für Arbeitslosengeld I/II-Empfänger bringen. Die Motivation zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen geschieht im Rahmen der Integrationsarbeit durch individuelle Beratung der Fachleute des regionalen Jobcenters. Die eigentlichen Kurse führen professionelle Kursleiter eines Weiterbildungsträgers durch.

Um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit dieser Angebote zu erhalten, wird das Konzept an sechs Standorten in Deutschland bis Juni erprobt. In Sachsen wurde das Vogtland für die Testphase ausgewählt. Auch die Ersatzkassen finanzieren das Vorhaben, damit zunächst mindestens 100 Teilnehmer kostenfrei teilnehmen können.

KURZ GEFASST

Vernetzungsstelle Ernährung

Seit Jahresbeginn ist die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) Projektträger der Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung in Sachsen. Die Stelle setzt sich dafür ein, dass die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung in der Kindergarten- und Schulverpflegung eingeführt werden. Das geschieht im Rahmen des sächsischen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ und des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“. Außerdem führt die Vernetzungsstelle sachsenweit Akteure zusammen, die sich für eine gesunde Ernährung in diesen Einrichtungen engagieren.

Krankenhausbehandlung

Die Ersatzkassen haben gemeinsam mit den anderen gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen einen Grundsatzvertrag neu verhandelt. Aktualisiert wurden die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhaushandlung. Dazu gehören Regelungen für die Aufnahme und die Entlassung von Patienten, zur Abrechnung der Entgelte oder zum Verfassen von Berichten an den weiterbehandelnden Arzt. 2013 gab es in Sachsen 1.003.315 Krankenhausbehandlungen.

Landeshaushalt

Der Sächsische Landtag will Ende April den Doppelhaushalt für 2015/16 beschließen. Größter Posten im Gesundheitsbereich sind die Investitionskosten für Krankenhäuser. Im Haushaltsentwurf sind 130 Millionen Euro für 2015, und 120 Millionen Euro für 2016 vorgesehen. Wird die Gesetzesvorlage in dieser Form verabschiedet, übernimmt das Land die weggefallenen Krankenkassenmittel des Ende 2014 ausgelaufenen Artikel-14-Investitionsprogramms zur Modernisierung ostdeutscher Krankenhäuser.

Impfpflicht

Angesichts der Masernwelle in Deutschland hat sich die Sächsische Landesärztekammer für eine Impfpflicht in Kindergärten und Schulen ausgesprochen. Seit Anfang Januar wurden im Freistaat Sachsen 87 Erkrankungsfälle registriert. Bei den in Dresden erkrankten 17 Kindern und Jugendlichen lernen allein 13 zusammen in einer Schule. Weil 200 der dortigen 800 Schüler ungeimpft sind, müssen die jungen Leute nach Zeitungsberichten auf Weisung des örtlichen Gesundheitsamtes zu Hause bleiben.

BÜCHER

„Wie fessele ich mein Publikum?“

Was haben Steve Jobs und Cicero gemeinsam? Gibt es ein Rezept für die perfekte Rede? Wie kann man Präsentationen gestalten, die sich durch Überraschungseffekte direkt in das Hirn der Zuhörer beamen? Was können wir von Barack Obama lernen, seinem Auftreten, seinem Charisma? Wie kann ich mit visueller Rhetorik mehr Wissen vermitteln? Die 22 Autorinnen und Autoren sind Top-Experten auf ihrem Gebiet und geben in diesem Buch darauf ebenso spannende wie kurzweilige Antworten.



Nikolaus B. Enkelmann (Hrsg.)
Die besten Ideen für erfolgreiche Rhetorik
Erfolgreiche Speaker verraten ihre besten Konzepte
2014, 272 S., € 29,90
GABAL Verlag

Verhandeln – und gewinnen!

Lassen Sie sich nicht mehr über den Tisch ziehen durch dominante Verhandler. Verhandeln Sie zukünftig professionell und erkennen Sie Manipulationen. Sie fragen sich jetzt: aber wie? Das Buch von Jutta Portner gibt Ihnen dazu durch zeitgemäße, praktische Übungen und den Ansatz des Selbsttrainings wertvolle Anregungen. Als Weiterentwicklung des Klassikers „Das Harvard-Konzept“ (1981) vermittelt die internationale Verhandlungsexpertin die neuesten, zeitgemäßen Techniken und zeigt praktische Übungen für eine erfolgreiche Verhandlungsführung.



Jutta Portner
Besser Verhandeln
Das Trainingstagebuch
2014, 392 S., € 29,90
GABAL Verlag

PRÄVENTION

Entfristet: Hilfe für Komatrinker



FOTO: Monkey Business - Fotolia.com

Für manche Kinder wird der Brunnen noch rechtzeitig abgedeckt, und sie fallen nicht hinein. Für Kinder, die ungehemmt Alkohol bis hin zur Bewußtlosigkeit getrunken haben, kann diese Rettung das Projekt „HaLT – Hart am Limit“ sein. Nach zwei Erprobungsjahren in Dresden und Leipzig wurde das Präventionsprojekt jetzt in das reguläre Angebot beider Städte aufgenommen.

Die gesetzlichen Krankenkassen und das sächsische Sozialministerium haben dazu die Rahmenvereinbarung zur Finanzierung überarbeitet. Das Programm wurde entfristet und finanziell aufgestockt. Insbesondere der personelle Aufwand vonseiten der Sozialarbeiter mit Rufbereitschaftszeiten an den Wochenenden wird stärker berücksichtigt. Bei HaLT findet mit den riskant Konsumierenden noch in der Klinik ein erstes Beratungsgespräch statt. Innerhalb einer Woche folgt ein Elterngespräch, wobei es in Einzelberatungen um die Aufarbeitung des Geschehens geht. Im Kreis mit anderen Kindern und Jugendlichen wird zudem Kompetenz im Umgang mit Alkohol vermittelt. Das Programm sieht außerdem eine kommunale Präventionsstrategie vor, die Exzesse im Vorfeld verhindern soll. Während der Testphase wurden mehr als 300 Kinder und Jugendliche im HaLT-Programm behandelt.

STATIONÄRE VERSORGUNG

Kliniken erhalten mehr Geld



FOTO: Tyler Olson - Fotolia.com

Die Krankenhäuser in Sachsen erhalten 2015 mehr Geld für die medizinische Versorgung der Patienten. Zusammen mit den anderen Krankenkassen haben die Ersatzkassen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen einen höheren Landesbasisfallwert vereinbart. Für die Kliniken bedeutet das ein Plus von rund 80 Millionen Euro. Den stationären Einrichtungen im Freistaat stehen damit etwa 3,5 Milliarden Euro für medizinische Leistungen in diesem Jahr zur Verfügung. Der sogenannte Landesbasisfallwert ist der Durchschnittspreis einer Behandlung in Krankenhäusern. Er steigt 2015 von bisher 3.117,15 Euro auf 3.190,81 Euro. Der Wert dient als Rechengröße, um abhängig von Art und Schwere die Vergütung der meisten Krankenhausbehandlungen in einem Bundesland abzurechnen.

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