

report sachsen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

okt. 2009

ersatzkassen

Ersatzkassen positionieren sich zur Bundestagswahl

In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern. Nur gering steigende Reallöhne, der Abbau von bisher freiwillig gezahlten Gehaltsbestandteilen, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen schon heute die Einnahmen bröckeln. Die Bundesregierung musste bereits zusätzliche Steuermittel in Höhe von vier Milliarden Euro für Liquiditätsdarlehen in ihrem Nachtragshaushalt 2009 berücksichtigen. Im nächsten Jahr könnte die Deckungslücke auf zehn Mrd. Euro anwachsen und weitere Darlehen nötig machen. Darlehen lösen aber die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen sollten sie deshalb in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt werden. Daneben sollten die für die kommenden Jahre geplanten Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds vorgezogen werden.

Arbeitgeber wieder stärker in die Pflicht nehmen

Die Ersatzkassen kritisieren in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl auch, dass sich die Belastungsverteilung in der Krankenversicherung in den letzten Jahren zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Durch Zusatzbeiträge drohten

In dieser Ausgabe:

- **Sinnvolle Ergänzung oder fragwürdige Ausweitung:**
Ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V
- **Ärztliche Unterversorgung I:**
Kann AGNES helfen?
- **Ärztliche Unterversorgung II:**
Neue finanzielle Anreize
- **Entscheidung mit Augenmaß:**
Pflegerberatung im Internet

weitere Verschiebungen. Zur Vermeidung besonderer Härten sollten die Zusatzbeiträge ausschließlich als prozentualer Aufschlag auf den Sonderbeitrag erhoben werden. Das würde auch Kosten vermeiden, da keine separaten Versicherungskonten eingerichtet werden müssten. Geld sollte nicht in überflüssige Bürokratie, sondern in die Versorgung der Versicherten fließen. Auch sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden.

Nur eine angemessene – paritätische – Beteiligung der Arbeitgeber sichere die breite gesellschaftliche Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung.

Heute die medizinische Versorgung von morgen planen

Die Gestaltung bedarfsgerechter und zukunftstauglicher Versorgungsstrukturen stellt eine zweite große Herausforderung für die nächste Bundesregierung dar. Notwendig sind Reformen, die ihren Namen verdienen und den notwendigen Umbau der bestehenden Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status muss sich Deutschland aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl an alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens. Die Versorgungsforschung sollte hier einen größeren Beitrag leisten. Vielfach fehlen noch die Kenntnisse darüber, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung der Betroffenen tatsächlich nachhaltig verbessern.

Gute Versorgung braucht fairen Wettbewerb

Gute Verträge brauchen Raum. Kreative Köpfe können sich nur beweisen, wenn ein Instrumen-

tarium zur Erprobung neuer Ideen zur Verfügung steht. Selektivverträge erfüllen diese Funktion und können gezielt für die Suche nach besseren Versorgungskonzepten eingesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung sollte weiterhin über kollektivvertragliche Regelungen sichergestellt werden. Der Vertragswettbewerb darf aber nicht auf den Kopf gestellt werden, wie es aktuell im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung geschieht. Hier ist ein Hausärztemonopol in die Lage versetzt worden, gleiche Leistungen zu höheren Preisen abzurechnen. Eine bessere hausärztliche Versorgung der Menschen wird auf diesem Wege nicht erreicht. Eine der ersten Aufgaben der neuen Regierung muss darin bestehen, dies wieder rückgängig zu machen.

Daneben brauchen die Krankenkassen faire Wettbewerbsbedingungen. Heute noch bestehende Vergütungsunterschiede, wie im zahnärztlichen Bereich, wirken unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds stärker wettbewerbsverzerrend als in der Vergangenheit. Die Ersatzkassen fordern gleichlange Spieße. Das schließt auch die nach wie vor unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Bund und Ländern ein.

www.vdek.com/Standpunkte



Silke Heinke, Leiterin des Ersatzkassenverbandes (vdek) in Sachsen

DER KOMMENTAR

Fangprämie

Eigentlich ist es ein Lehrstück für angehende Mediziner. Dargestellt wird eine Szene, die sie in ihrem Berufsleben vermeiden sollten: Eine Diagnose wird verkündet, obwohl die erhobenen Befunde nicht ausreichend und weitere Untersuchungen notwendig sind.

Das Geschehen kreist um den Vorwurf, Krankenhäuser zahlten an Ärzte für die Überweisung von Patienten illegal Prämien. Bei bundesweit hunderttausenden Einweisungen im Jahr fließe verdeckt Geld. Krankenhäuser würden mit entsprechenden Angeboten die Ärzte umgarnen wie auch Mediziner Forderungen an die Kliniken richteten.

Echte Belege hat bislang niemand auf den Tisch gelegt. Häufig kommt die Auskunft, „Fangprämien gibt es nicht bei uns!“ Indizien und Hinweise bestünden gleichwohl. Mittlerweile ist von Einzelfällen die Rede, was wiederum Widerspruch findet. Zu viele Kliniken und Mediziner wüssten um die Zahlungen.

Richtig ist, dem Vorwurf der Bestechung nachzugehen. Es ist medizinisch nicht vertretbar und berufsrechtswidrig, wenn niedergelassene Ärzte Geld dafür kassieren, dass sie ihre Patienten in bestimmte Kliniken einweisen. Fatal ist, den Verdacht als flächendeckende Diagnose zu präsentieren.

Zurück bleiben verunsicherte Patienten. Die fragen sich, ob sie ihrem Arzt vertrauen können und er ihnen eine Klinik empfiehlt, wo sie die bestmögliche Behandlung erwarten können.

Sinnvolle Ergänzung oder fragwürdige Ausweitung?

Ambulante Behandlung in Krankenhäusern nach § 116 b SGB V

Knapp zwei Jahre nach Einführung lassen sich in Sachsen erste Wirkungen einer Neuregelung des Gesetzgebers zur ambulanten Behandlung in Krankenhäusern beobachten. Das Anfang 2007 in Kraft getretene Wettbewerbsstärkungsgesetz hat den § 116 b SGB V neu gefasst. Seitdem ist es möglich, unter vereinfachten Voraussetzungen Patienten mit bestimmten Erkrankungen ambulant am Krankenhaus zu behandeln. Diese Regelung öffnet Kliniken ein Tätigkeitsfeld, das bisher vorrangig niedergelassenen Fachärzten vorbehalten war. Insgesamt 14 Einrichtungen im Freistaat Sachsen nutzen inzwischen die neuen Gegebenheiten.

Herabgesetzte Zulassungshürde

Der Ausnahmestatus des ambulanten Engagements von Krankenhäusern wurde durch den möglichen Regelfall ersetzt. Fachärzte des Krankenhauses können jetzt hochspezialisierte Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung erbringen, ohne dass es einer vertragsärztlichen Zulassung oder Ermächtigung bedarf. Entschieden wird im Rahmen der Krankenhausplanung unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation.

Die Genehmigung für ein Tätigwerden der Kliniken nach § 116 b SGB V wird vor allem als eine Entscheidung nach qualitativen Aspekten erlebt. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild müssen festgelegte fachliche Voraussetzungen erfüllt und eine Mindestmenge von Behandlungen im Jahr erbracht werden.

Vor allem Krankenhäuser in den Ballungszentren profilieren sich mit Angeboten nach § 116 b SGB V. Von den bislang erteilten 30 Behandlungsgenehmigungen entfallen 21 auf Häuser in Dresden und Leipzig. Zu den ohnehin vorhandenen Versorgungsstrukturen niedergelassener Fachärzte kommen in diesen Städten weitere durch ambulante Strukturen der Kliniken.

Mit 7 Genehmigungen führt die Behandlung von Multipler Sklerose die Indikationsliste an, gefolgt von 4 Genehmigungen bei Herzinsuffizienz NYHA Stadium 3-4 und 3 Genehmigungen bei pulmonaler Hypertonie.

Zweimaliger Geldfluss

Für die ambulante Versorgung zahlen die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung eine feste Gesamtvergütung. Mit der gedeckelten Geldsumme werden alle Leistungen der niedergelassenen Ärzte abgegolten. Die Höhe der Gesamtvergütung wird durch den Erkrankungsgrad der Versicherten und damit der Inanspruchnahme bestimmter ärztlicher Leistungen bestimmt.

Mit der Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung ausgewählter Krankheiten entsteht zusätzlicher Finanzbedarf – die Kliniken wollen ihre Aufwendungen vergütet haben. In der Konsequenz müssen die Kassen mehr Geld aufbringen, obwohl de facto nicht mehr Leistungen erbracht werden. Es verschiebt sich lediglich der Ort der Leistungserbringung vom niedergelassenen Arzt zum ambulant tätigen Arzt in der Klinik. Die in einigen Fällen durchaus sinnvolle Durchlässigkeit der Sektoren für die Behandlung der Patienten wird aber durch die finanzielle Abschottung der Sektoren konterkariert. Eine Verringerung der Gesamtvergütung um die Geldsumme, die von den Krankenhäusern benötigt wird, ist nicht vorgesehen.

Resümee

Die Idee, einen möglichen örtlichen Mangel an niedergelassenen Fachärzten über ambulante Leistungen der Krankenhäuser zu kompensieren und so flächendeckend das Versorgungsangebot zu verbessern, ist zu unterstützen. Die bisherige Umsetzung des geänderten § 116 b SGB V zeigt aber, dass Krankenhäuser überwiegend in eher gut versorgten Gebieten die neuen Angebote vorhalten. Auch bei sehr seltenen Erkrankungen ist der Versorgungsansatz einer „zweiten Facharztschiene“ sinnvoll. Durch eine Zentralisierung der Versorgung wird eine höhere Fallzahl möglich und damit ist die Voraussetzung für eine qualitativ bessere Versorgung der betroffenen Patienten gegeben. Unter Kostengesichtspunkten besteht für die Ersatzkassen beim § 116 b SGB V weiterer Diskussionsbedarf.



Onkologische Erkrankungen sind für Behandlungen nach § 116 b SGB V gelistet.

Ärztliche Unterversorgung I: Kann Schwester AGNES helfen?

Es gibt Namen, deren Nennung bestimmte berufliche Tätigkeiten assoziieren. Agnes ist ein solcher. Ein populärer DEFA-Mehrteiler hat hier mit seiner Hauptfigur die Gemeindegeschwester personifiziert. Mit dem Untergang der DDR drohte diese Verbindung

AGNES

Arztentlastende, Gemeindegeschwister, E-Health-gestützte, systemische Intervention

von Name und Beruf verloren zu gehen. Die Gemeindegeschwister ver-

schwand aus dem Gesundheitswesen. Gelegentlich durfte ihre Filmfigur in dritten Fernsehprogrammen noch einmal auftreten, womit die Nach-Wende-Generation aber schon wenig anfangen konnte. Die Chance für eine Revitalisierung kam vor vier Jahren. Wissenschaftler der Universität Greifswald legten im Osten Deutschlands ein Modellprojekt zur Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter auf.

Der Name des Projektes: AGNES.

Gedrängt durch die sich verändernde Altersstruktur in der Bevölkerung und bei den niedergelassenen Ärzten testeten die Wissenschaftler, inwieweit Hausärzte Mitarbeiter mit Krankenbesuchen und medizinischen Tätigkeiten betrauen können. Dabei wurden in den teilnehmenden Ländern unterschiedliche Schwerpunkte gelegt. Sachsen stieß im März 2007 als Testregion hinzu. Der Freistaat war das Bundesland, in dem man das Konzept erstmals unter dem zusätzlichen Aspekt einer konkreten Bedrohung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung testete. AGNES sollte helfen, die (noch) vorhandenen Ärzte in ihrer Arbeit zu entlasten. Sechs hausärztliche Praxen zwischen Lunzenau und Waldhufen nahmen an der Untersuchung teil, die auch mit Mitteln der Ersatzkassen finanziert wurde.

Nach der großen medialen Begleitung des Modellprojektes ist es seit einer geraumen Weile in der öffentlichen Wahrnehmung etwas stiller um AGNES geworden: Das Projekt wurde plan-

mäßig Ende letzten Jahres beendet. Und im normalen sächsischen Versorgungsalltag ist AGNES leider nicht angekommen.

Mit dem Auslaufen des Programms stehen erste Ergebnisse zur Verfügung. Die wichtigste Botschaft für Sachsen vorneweg – AGNES kann die Hausärzte entlasten. Hochgerechnet kann unter Idealbedingungen eine AGNES-Schwester 1.200 Hausbesuche im Jahr machen, Fahrzeiten, Vor- und Nachbereitung der Hausbesuche einberechnet. Damit würde der Arzt um 400 Stunden Arbeitszeit entlastet werden. Diese Zeit kann er zur Behandlung zusätzlicher Patienten verwenden. Die Greifswalder Wissenschaftler schätzen, dass der Hausarzt durch die mit einer AGNES-Schwester gewonnenen Zeit rund 2.200 zusätzliche Konsul-



AGNES-Patienten waren im Durchschnitt 82 Jahre alt
Quelle: Inst. für Community Medicine

tationen in seiner Praxis durchführen kann. Dieses Ergebnis spricht für Überlegungen hinsichtlich des Einsatzes in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen, da dort von den Hausärzten ein größerer Patiententstamm als anderswo medizinisch betreut werden muss.

Der Großteil der teilnehmenden Hausärzte zeichnet ein positives Bild der Arbeit von AGNES. Das AGNES-Konzept wird von 90 Prozent als Entlastung für die ärztliche Tätigkeit eingeschätzt. Für die Mehrheit der Projektpatienten bestätigen die Hausärzte, dass die medizinische Betreuung durch AGNES eine vergleichbare Qualität mit der üblichen hausärztlichen Betreuung aufweist. Für 92 Prozent der Patienten wurde diese Aussage mit „stimme sehr zu“ bzw. „stimme zu“ beurteilt. Auch bei den Patienten fand die moderne Gemeindeschwester Zuspruch. Etwa

AGNES kann den Arzt um 400 Stunden Arbeitszeit entlasten.

94 Prozent der Patienten halten es für denkbar, dass AGNES die Hausbesuche übernimmt und der Haus-

arzt nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf kommt. Die Auffassung, dass die AGNES-Schwester eine kompetente Ansprechpartnerin bei Gesundheitsfragen ist, vertraten 97 Prozent der Patienten.

Seit dem Frühjahr ist das AGNES-Konzept im Regelwerk der Versorgungspraxis angekommen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat zwei neue Pauschalen für ärztlich angeordnete Hilfsleistungen beschlossen. Damit können die Leistungen der AGNES-Schwestern abgerechnet werden. Voraussetzung für deren Einsatz ist neben einer entsprechenden Qualifikation, dass die Praxis in einem Gebiet mit ärztlicher Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf liegt.

AGNES ist an den hausärztlichen Versorgungsgrad gebunden. Das ist aus der Sicht des wirtschaftlichen Umgangs mit Versichertengeldern gerechtfertigt. Wo die medizinische Versorgung mit Vorhandenem gut sichergestellt werden kann, braucht man kein weiteres Personal. Das müsste zusätzlich finanziert werden. Aus unternehmerischer Sicht ist die Kopplung an den Versorgungsgrad schwierig. Die Bindung an Unterversorgung oder drohende Unterversorgung lässt AGNES ausschließlich zu einem „Lebensabschnittsgefährten“ werden. Eine Bindung auf Dauer ist im Prinzip ausgeschlossen.

Zwei Engagements, welche die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bezwecken, laufen sich entgegen – das AGNES-Konzept und die Arbeit des Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen. Der Landesausschuss befindet sich mehrmals im Jahr über die ärztliche Versorgungssituation und entscheidet über Maßnahmen, um Ärzte für die Tätigkeit in Problemregionen zu gewinnen. Aus einem unterversorgten Planungsgebiet kann binnen weniger Monate eines werden, das eben kein Problembereich mehr ist, weil neue Ärzte hinzugekommen sind. In einer strengen Lesart des rechtlichen Rahmens für AGNES wäre die „Partnerschaft“ binnen weniger Monate zu Ende. Der GKV-Spitzenverband legt die Bestimmungen etwas großzügiger aus und sieht die Möglichkeit für eine 5-jährige Beschäftigung von AGNES gegeben. Ob wenige Monate oder 5 Jahre, die Amortisierung der Investition AGNES bleibt gegenwärtig eher fraglich.

Kaum verwunderlich ist deshalb, dass sich neue AGNES-Schwestern bislang nicht gefunden haben. Jedoch haben Ärzte, die an dem Modellvorhaben teilnahmen, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen nach einer Möglichkeit der Abrechnung für AGNES-Schwestern angefragt. Immerhin haben sie in die Qualifizierung ihres Personals investiert. Die bislang abschlägige Beantwortung ihrer Anfragen illustriert das Dilemma des gegenwärtigen Einsatzkonzepts von AGNES: Die ehemals vorhandene Bedrohung der hausärztlichen Versorgung, die sie noch vor zwei Jahren für die Teilnahme an dem Modellvorhaben

Fördermaßnahmen für Ärzte laufen der dauerhaften Etablierung von AGNES entgegen.

qualifizierte, besteht für ihre Gebiete nicht mehr. Ein Gebiet südlich von Chemnitz, eine Region in Mittelsachsen um Hartha und ein nördlicher Teil des Landkreises Meißen sind momentan die Regionen mit kritischer Versorgungssituation. Allerdings liegen aus diesen sächsischen Regionen, wo ihr Einsatz nötig und unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen realisierbar wäre, keine Anfragen nach AGNES vor.

Wenn auch die Projekt-AGNES bei Ärzten und Patienten Zuspruch findet, gestaltet sich doch die Revitalisierung der Gemeindeschwester-Idee unter dem Aspekt der ärztlichen Unterversorgung recht mühsam. Soll die moderne Gemeindeschwester zum Einsatz kommen, müssen die anderen Instrumente der Sicherstellung darauf abgestimmt werden.

Ärztliche Unterversorgung II: Neue finanzielle Anreize

Angesichts des ärztlichen Nachwuchsmangels in Sachsen wurden schon vor Jahren auch finanzielle Maßnahmen eingeleitet, um Mediziner für eine Niederlassung in den betroffenen ländlichen Gebieten zu gewinnen. Unter dem Begriff „Sicherstellungszuschläge“ führte man im Jahre 2005 u.a. fallzahlabhängige Bonuszahlungen, Investitionskostenpauschalen und Zuschläge bei Praxisübernahme ein. In den Jahren 2007 bis 2009 wurden diese Sicherstellungszuschläge in voller Höhe durch die Krankenkassen getragen. Allein im Zeitraum vom 1. Oktober 2007 bis 30. Juni 2008 haben die sächsischen Ersatzkassen mehr als 200.000 Euro für die Förderung bereitgestellt. Grundlage war der § 105 SGB V.

Geld allein ist keine ausreichende Motivation

Nachdem fünf Jahre das Förderinstrument „Sicherstellungszuschläge“ zur Verfügung stand, kann gesagt werden, dass die finanziellen Anreize die problematischen Versorgungssituationen gemildert haben. Der erhoffte Effekt einer deutlich höheren Niederlassungsbereitschaft blieb jedoch aus. Es gab einen geringfügigen Anstieg in der Skala der Versorgungsgrade der geförderten Planungsbereiche. Damit hat aber die Versorgung noch lange nicht das erforderliche Maß erreicht. Die Höhe der betreuten Patientenzahlen stieg ebenso kaum an. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass die maximale Auslastung der Arztpraxen vor Ort erreicht ist und kaum Fallzahlsteigerungen mehr möglich sind. Die Ergebnisse entsprechen daher nicht den maximalen Erwartungen. Sie sind aber ein Weg in die richtige Richtung. Eine Erkenntnis ist auf jeden Fall, dass Geld allein keine ausreichende Motivation für eine langfristige Sicherstellung zu sein scheint.

Die Ersatzkassen favorisieren daher die stärkere Beachtung anderer Einflussfaktoren. Alter und Anspruch der Versicherten, infrastrukturelle Gegebenheiten, Morbidität und finanzielle Ressourcen bestimmen die Versorgungssituation maßgeblich.

Wenn Geld, dann zielgenauere Vergabe

Der finanzielle Anreiz zur Arbeit in unterversorgten oder in von Unterversorgung bedrohten Landstri-

chen wird jedoch auch in Zukunft ein wichtiges Instrument bleiben. Zum 1. Januar 2010 treten gesetzliche Regelungen in Kraft, die Aufgaben und Befugnisse der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, als gemeinsames Sicherstellungsgremium, betreffen. Demnach fällt so die Möglichkeit weg, dass der Landesausschuss die bisher möglichen Sicherstellungszuschläge nach § 105 SGB V beschließen kann.

Um den Willen des Gesetzgebers nicht zu unterlaufen, werden in der Konsequenz sämtliche Fallbonuszahlungen zum 31. Dezember 2009 in Sachsen beendet. Bereits beschlossene Fördermaßnahmen, deren Laufzeit über das Datum hinausgeht, sollen ab dem 1. Januar 2010 hälftig durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung finanziert werden. Die Mehrzahl dieser Maßnahmen wird im Verlauf des Jahres 2010, spätestens jedoch zur Jahresmitte 2011 auslaufen.

Ersatz naht bereits. Nach der Konzeption der Honorarreform werden im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung Zu- und Abschläge bei dem Orientierungspunktwert eingeführt. Diese unterschiedliche Vergütung soll mittelfristig eine Steuerungswirkung hinsichtlich der Niederlassungsbereitschaft entfalten.

Die finanzielle Förderung wird also in Zukunft im Honorar angelegt: Ärzte in unterversorgten Gebieten erhalten höhere Vergütungen und haben einen Anreiz, sich dort niederzulassen. Für Ärzte, die beabsichtigen sich in überversorgten Gegenden niederzulassen, sinkt der Anreiz. Sie erhalten dort niedrigere Vergütungen als im Regelfall; dies wirkt allerdings erst ab dem Jahr 2011.

Die Ersatzkassen befürworten das neue System, denn es kann zielgenauer wirken. Durch die weitere Ausdifferenzierung der Versorgungsgrade lassen sich Problembereiche besser herausstellen und die finanziellen Anreize bei den Ärzten dosierter setzen.

Entscheidung mit Augenmaß

Sachsen bietet Pflegeberatung im Internet

Die Begleitumstände, Pflege organisieren zu müssen, sind für die Betroffenen häufig alles andere als komfortabel. Eine unerwartet vorgezogene Entlassung aus dem Krankenhaus oder etwa Kinder, die in der Ferne arbeiten und für die daheimgebliebenen Eltern die Pflege organisieren wollen. Für gewöhnlich muss in kurzer Zeit eine passende Lösung gefunden werden. Und eine Antwort auf eine Fülle von Fragen:

Welche Möglichkeiten der Pflege gibt es? Welche Angebote bestehen und wer hält sie vor? Wo kann man sich beraten lassen?

Seit Juni bietet Sachsen dafür ein Pflegenetz an. Dort können diese Informationen via Internet abgerufen und Betroffene an einer Pflegehotline beraten werden. Das Pflegenetz ist ein Gemeinschaftsprojekt des Sächsischen Sozialministeriums, der sächsischen Pflegekassen, Kommunen, Gemeinden und Landkreise. Die Homepage und die parallel eingerichtete Telefonhotline sollen helfen, sich schon von zu Hause aus erste Informationen rund um die Pflege im Freistaat zu verschaffen. Über dieses Portal kann, falls das noch nicht anders geschehen ist, auch der Kontakt zu dem zuständigen Experten der jeweiligen Pflegekasse hergestellt werden. Der berät dann ganz individuell den konkreten Pflegefall.

Bei entsprechendem Hilfebedarf wird ein Versorgungsplan erstellt. Erfordert die Absicherung der Versorgung die Einbeziehung mehrerer Hilfen bzw. Kostenträger, wird die Versorgungsplanung zwischen den Beteiligten abgestimmt und ausgewertet. Anstelle eines einzelnen oder zufälligen Engagements, über die Grenzen des eigenen Zuständigkeitsbereiches zu denken und zu handeln, rückt künftig die Regel – die sogenannte Versorgungskonferenz. Dieses Miteinander bedingt eine Vernetzung der Akteure, die eine neue Qualität in der Pflegeberatung bringt.

Mit dem Pflegenetz setzt Sachsen den im Pflegeweiterentwicklungsgesetz enthaltenen Auftrag um, die Pflegeberatung zu verbessern und vor allem die verschiedenen Akteure zu vernetzen. Das internet-



gestützte Pflegenetz ist ein bislang einmaliges Angebot in Deutschland. Die übrigen Länder haben die Option gewählt, Pflegestützpunkte einzurichten.

Die Ersatzkassen in Sachsen unterstützen den gewählten sächsischen Weg der Pflegeberatung. Das Sächsische Sozialministerium hat hier eine Entscheidung mit Augenmaß getroffen. Es hat sich für eine intelligente Zusammenführung von Sachverstand und gegen Doppelstrukturen ausgesprochen. Dieser Schritt zeigt, dass die Entscheidung über die Einrichtung der Pflegestützpunkte von einer Bewertung der regionalen Gegebenheiten geleitet werden sollte.

Pflegestützpunkte bieten nicht per se den einzig richtigen Weg zu einer besseren Pflegeberatung. In Sachsen wurden mit den regionalen Pflegenetzwerken und der gemeinsamen Internetplattform ein Pendant zu den Pflegestützpunkten geschaffen. Die ersten Ergebnisse aus der Modellregion Chemnitz stimmen optimistisch. Gleichwohl erwartet sie wie auch die Pflegestützpunkte der Funktionstest in der Praxis. Beide Ansätze haben sich in der flächendeckenden Versorgung zu bewähren. Dort wird sich zeigen, ob sie halten, was sie versprechen.

Angesichts dessen, dass die übrigen Bundesländer einen anderen Weg eingeschlagen haben als Sachsen, wird die sächsische Route ihre Zielsicherheit stärker als andere beweisen müssen. Darin liegt die Chance, tatsächlich eine neue Qualität bei der Pflege im Freistaat zu erreichen. Der sächsische Weg sollte als verpflichtender Ansporn verstanden werden, um passgenaue regionale Lösungen für die Pflegeberatung im Freistaat zu entwickeln anstatt auf zentrale Vorgaben zu warten.

Sterbende zu Hause betreuen

Erster SAPV-Vertrag in Sachsen

Die Krankenkassen im Freistaat Sachsen und das Dresdner Krankenhaus St. Joseph-Stift haben den sachsenweit ersten Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) unterzeichnet. Er tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft.

Damit wird es möglich, die in den vergangenen Jahren am Klinikum gesammelten Erfahrungen bei der Betreuung unheilbar kranker Patienten in ihrem häuslichen Umfeld zu nutzen und die Versorgung nach den neuen gesetzlichen Anforderungen zu gestalten.

Der Gesetzgeber hatte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 den Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Die Versorgungsform richtet sich an Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung sowie dem Bedarf einer besonders aufwändigen Versorgung. Dies betrifft etwa 10 Prozent aller sterbenden Menschen.

Meistens sind dies Menschen mit einer bösartigen Tumorerkrankung.

Durch den neuen Vertrag können die schwerstkranken Patienten in vertrauter häuslicher Umgebung betreut werden und die letzten Wochen und Monate zu Hause mit ihren Familien verbringen. Unnötige Krankenhausaufenthalte werden ihnen so erspart.

Die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfolgt durch den betreuenden Haus- bzw. Facharzt oder – im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt – den Krankenhausarzt.

Die Ersatzkassen befürworten die neue Leistung ausdrücklich, da sie den Wünschen der Versicherten in besonderem Maße gerecht wird. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung stellt nach Auffassung der Ersatzkassen kein Wettbewerbsfeld dar. Deshalb streben sie einen kassenartenübergreifenden Konsens und gemeinsame Verträge an.

Für weitere Verträge in anderen sächsischen Regionen laufen aktuell die Verhandlungen.

WECHSEL AN DER SPITZE DES LANDESAUSSCHUSSES

Einen personellen Wechsel gab es innerhalb der Gremien des Ersatzkassenverbandes in Sachsen zum 1. Juli 2009: Der Vorsitz des Landesausschusses des Ersatzkassenverbandes ging für die nächsten zwei Jahre an Jens-Uwe Loose (li.), GEK-Geschäftsführer in Sachsen. Loose übernahm das Amt von dem Leiter des DAK-Vertragsgebiets Sachsen, Roland Bell. Der Landesausschuss ist das höchste Koordinierungs- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen. Er befindet vor allem über politische Fragen auf Landesebene. Für die GEK ist es der erste Vorsitz des Landesausschusses in Sachsen.



IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des vdek
 Glacisstraße 4 · 01099 Dresden
 Telefon: 03 51 / 8 76 55-0 · Telefax: 03 51 / 8 76 55-43
 E-Mail: LV_Sachsen@vdek.com
 Verantwortlich: Silke Heinke · Redaktion: Dirk Bunzel