

report sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Juni 2009

ersatzkassen

Honorar: Rechnung mit vielen Unbekannten

Sie sollte ein großer Wurf werden, die Reform der ärztlichen Vergütung. Mehr Geld und eine Abrechnung in Euro und Cent waren den Medizinern in Aussicht gestellt. Das dicke Plus von 2,7 Milliarden Euro klang verheißungsvoll. Am Ende der Verhandlungen standen 120 Millionen Euro, die gegenüber 2007 an zusätzlichem Honorar für die 6.000 niedergelassenen Ärzte in Sachsen vorgesehen sind. Das versprach nach Thüringen und Sachsen-Anhalt eine der höchsten Steigerungsraten im Bund.

Der Januar kam, die Reform trat in Kraft. Statt dem zu erwartenden Jubel rollte eine Woge der Empörung durch das Land. Patienten wurden weggeschickt, Praxen zeitweise geschlossen, zu Aktionstagen aufgerufen. Das Geschehen wiederholte sich Mitte Mai; erneut blieben Praxen zu. Die Reform, so scheint es, bringt denjenigen, für die sie konzipiert war, vor allem Verdruss. Der Eindruck drängt sich auf, das Geld kommt bei den Adressaten nicht an. Rein rechnerisch müsste jeder Arzt ein gestiegenes Honorar verzeichnen können. Allerdings gibt es Mediziner, die bei sich Verluste reklamieren.

Wie geht das? Mit der Honorarreform steht außer mehr Geld ein neues Vergütungssystem zur Verfügung, das dieses Geld unter den Ärzten aufteilt. Dieses System ist eine Rechnung mit vielen Unbekannten.

In dieser Ausgabe:

- Das Jahr nach der Pflegereform
- Psychisch kranke Kinder gut versorgt
- Medizinstudenten erhalten Förderung
- Zahnärztlicher Vorsorgepass schon für Babys

Regelleistungsvolumen nur ein Teil der Vergütung

Seit Jahresbeginn setzt sich das GKV-Honorar eines Arztes aus einem „Regelleistungsvolumen“ und weiteren Bestandteilen zusammen. Regelleistungsvolumen sind eine Art fachgruppenspezifische Grundvergütung, die es in Abhängigkeit von

der praxisindividuellen Patientenzahl in unterschiedlicher Höhe gibt.

Hinzu kommen weitere Bestandteile – als „Zuschläge“ und „freie Leistungen“ oder auch summierend als „Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens“ bezeichnet. Zu ihnen zählen etwa Akupunktur, Langzeit-EKG oder Schutzimpfungen. Für den betriebswirtschaftlichen Erfolg eines Arztes gilt, dass neben dem Regelleistungsvolumen unbedingt diese anderen Honorarbestandteile mit zu beachten sind. Entgegen den vorgenannten Regelleistungsvolumina sind sie ohne Mengenbegrenzung.

Der Konflikt

Um es vorwegzunehmen: Nicht die gesamte Ärzteschaft beehrte gegen die Honorarreform auf. Hörbar waren die Stimmen derer, die sich zu den Verlierern rechnen. Die Gewinner blieben still.

Ein Grundproblem des geäußerten Unmuts lag in der Kommunikation. Die Ärzte hatten beim Start des

neuen Vergütungssystems eine ausführliche Information über ihr individuelles Regelleistungsvolumen erhalten. Sie kannten damit aber bloß einen Teil von dem, was sie am Ende des Quartals verdienen könnten. Gleichwohl wurde vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung durchaus auf die weiteren möglichen Bestandteile des Gesamthonorars verwiesen. Doch die Reaktionen aus der Ärzteschaft zeigen, diese Botschaft kam bei vielen nicht an.

Der Honoraranteil außerhalb der Regelleistungen ist in hohem Grade eine Unbekannte. Für diese zusätzlichen Leistungen muss die Kassenärztliche Vereinigung Vorwegabzüge und Rückstellungen bilden. Das Geld wird in den Arztpraxen gelangen, ist aber logischerweise im Regelleistungsvolumen nicht enthalten. Wie bei einem System kommunizierender Röhren haben die zusätzlichen Leistungen Einfluss auf das Regelleistungsvolumen der Ärzte.

Vor allem für den fachärztlichen Bereich birgt das neue Vergütungssystem offenbar mehr Ungewissheit als für Hausärzte. Bleiben in Sachsen bei den Haus-



Silke Heinke, Leiterin des Ersatzkassenverbandes (vdek) in Sachsen

DER KOMMENTAR

Einwurf

Die hausarztzentrierte Versorgung ist in eine Sackgasse geraten. Dabei hatte die Politik große Anstrengungen unternommen, um diese Versorgungsform voranzubringen. Erst räumte der Gesetzgeber die Möglichkeit zu Hausarztverträgen ein, dann legte er den Kassen den Abschluss nahe. Schließlich kam die verbindliche Pflicht mit einem festgesetzten Termin.

Der rückt immer näher. Gleichwohl werden seit Monaten keine neuen Verträge bekannt. Stattdessen wurde unlängst die Bundesgesundheitsministerin mit der Aussage zitiert, Hausarztverträge müssten eine bessere Versorgung bringen. Dem kann man nur zustimmen.

Die jahrelang bei der Vergütung vernachlässigten Hausärzte haben durch die Gesetzgebung eine Würdigung erfahren, die für eine Facharztgruppe ihresgleichen sucht. Die Aufwertung und die in vielen Regionen vorhandene Organisationsstruktur verleiht ihnen eine Quasi-Monopolstellung bei Verhandlungen – was diese erschwert.

Denn die bekannt gewordenen Evaluationen von Hausarztverträgen zeigen eine durchwachsene Bilanz, keine überzeugende Verbesserung der medizinischen Versorgung. Von Kassenseite kommt die Botschaft: Wir haben aus den Erfahrungen gelernt. Verträge der zweiten Generation müssen zu deutlichen Fortschritten bei der Patientenversorgung führen.

Die einen brauchen nicht, die anderen wollen nicht Hausarztverträge um jeden Preis. Die Zeit, so könnte man meinen, arbeitet für die Hausärzte: Wenn der Vertragsabschluss letztendlich per Schiedsamt durchgesetzt werden sollte und sie mehr Geld in der Tasche haben. Ob dieser Weg aus der Sackgasse führt, darf bezweifelt werden.

ärzten nur rund 30 Prozent ihres Honorars offen, so beträgt die Unbekannte über die gesamte Gruppe der Fachärzte etwa 50 Prozent! Wird ein derart konstruiertes Honorarsystem neu eingeführt und nicht verstanden, dann sind die Reaktionen der Ärzte nachvollziehbar, aber fraglos nicht wünschenswert.

Neben dem Prinzip, wie sich das Honorar zusammensetzt, boten seine Bestandteile selbst Diskussionsstoff. Der Unmut ganzer Fachgruppen entzündete sich hauptsächlich an der Veränderung des fachgruppenspezifischen Fallwertes. Das ist der Wert, der für die Behandlung eines Patienten im Quartal zur Verfügung steht und die Höhe des bereits erwähnten Regelleistungsvolumens bestimmt. Einige Facharztgruppen beklagten ein Absinken dieser Behandlungskosten oder mit dem ausgewiesenen Wert nur einen Bruchteil der tatsächlichen Behandlungskosten erstattet zu bekommen.

Das zusätzlich zu dem Regelleistungsvolumen zu verdienende Geld bildete einen weiteren Streitpunkt. Nicht jede Arztgruppe kann in gleichem Maße auf die anderen Honorarbestandteile zurückgreifen. Die Option auf Zuschläge etwa ist fast ausschließlich den Hausärzten vorbehalten. Umso interessanter sind für den fachärztlichen Bereich die freien Leistungen. Sie gehören zu den besonders förderungswürdigen Leistungen und sind – neben der Patientenzahl – die wichtigsten individuellen „Stellschrauben“ für das Honorar einer Praxis, das sie von den gesetzlichen Krankenkassen erhalten kann.

Obendrein bestehen Differenzierungen innerhalb einer Arztgruppe: Bei den Augenärzten beispielsweise arbeiten Praxen, die vorrangig die „Grundversorgung“ durchführen. Diese Praxen verfügen kaum über zusätzliche Einnahmemöglichkeiten. Andere Praxen schon. Sie haben sich auf ambulante Operationen spezialisiert.

Unterschiede zwischen den Ärzten einer Facharztgruppe existieren übrigens auch beim eingangs vorgestellten Regelleistungsvolumen. Wer im Vorjahresquartal weniger Fälle als seine Kollegen abgerechnet hat, für den fällt das jetzige individuelle Regelleistungsvolumen geringer aus.

Übergangsphase soll Verluste begrenzen

Abhilfe aus der schwierigen Situation soll die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene Einführung einer Übergangsphase bringen. Sachsen hat als eines der ersten Länder von der damit gegebenen Option Gebrauch gemacht, Honorarverwerfun-

gen auf regionaler Ebene im Einvernehmen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen zu mindern. Die Übergangsphase begann am 1. April 2009. Sie sieht vor, dass für zunächst drei Quartale die Einkommensverluste einzelner Arztgruppen durch die Begrenzung der übermäßigen Zuwächse anderer Arztgruppen gemindert werden. Der fachgruppenspezifische Fallwert bildet hierbei die Rechenbasis.

Eine weitere Festlegung des Erweiterten Bewertungsausschusses von Ende April beinhaltet die Herauslösung ausgewählter Leistungen, wie etwa Lungenspiegelungen oder bestimmte Leistungen der Dialyse, aus dem Regelleistungsvolumen. Diese Honoraranteile werden ab dem Sommer den freien Leistungen zugeordnet.

Ausblick

Niedergelassene Ärzte möchten wie jeder freiberuflich tätige Unternehmer Planungssicherheit für den Fortbestand ihrer Unternehmen – den Praxen – haben. Gehälter für das Personal, Mieten etc. stellen regelmäßig anfallende Kosten dar. Die müssen beglichen werden. Durch die Honorarreform besteht die frühere Gewissheit bei den Einnahmen nicht mehr, weil die individuellen Erfahrungswerte fehlen. Zudem offenbart sich Nachbesserungsbedarf bei der Vergütungsverteilung zwischen den Ärztegruppen.

Besonders kritisch ist allerdings, dass einige Ärzte ihre Verunsicherung und ihren Unmut auf die Patienten übertragen. Schließlich geht es um deren verständliche Erwartung, dass die Behandlung nach der im Sommer 2008 beschlossenen Honorarerhöhung nicht schlechter wird.

Erinnern wir uns: Die Honorarreform wurde von weiten Teilen der Ärzteschaft selbst gefordert. Etwas mehr Gelassenheit in der gegenwärtigen Situation dürfte kein unbilliger Wunsch sein.

Bis zum Vorliegen der ersten Abrechnungen der „Neuzeit“ wird den Ärzten ein kleines Stück unternehmerisches Risiko aufgebürdet. Die Weiterführung der Praxis ist jedoch dank der monatlichen Abschlagzahlungen auf das zu erwartende Honorar kaum gefährdet. Liegt die Abrechnung vor, wird klar, wie die tatsächliche Einnahmesituation aussieht. Dann kann gegebenenfalls über eine nochmalige, sinnvolle Nachjustierung der Rechenmethodik nachgedacht werden.

An den augenfälligsten Problemstellen wird schon heute intensiv nach tragfähigen Lösungen gesucht. Die Erfahrung zeigt, dass sie gefunden werden können.

Das Jahr nach der Pflegereform

Das zum Jahresbeginn in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beinhaltet eine Vielzahl von Neuregelungen. In dem Gesetz finden sich zahlreiche Inhalte, die seitens der Ersatzkassen mit Blick auf eine Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen und der Situation ihrer Angehörigen seit mehreren Jahren eingefordert wurden. Die absehbare Alterung der Bevölkerung unterstreicht die Notwendigkeit der eingeleiteten Veränderungen. In Sachsen wird nach einer Prognose des Statistischen Landesamtes die Zahl der über 80-Jährigen bis zum Jahr 2020 um über 70 Prozent gegenüber 2006 steigen. Der Anteil dieser Hochbetagten beträgt dann knapp 10 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Weil Pflegebedürftigkeit vor allem diese Altersgruppe betrifft, sind die anstehenden gesellschaftlichen Herausforderungen absehbar.

Leistungen: Vielfältige Verbesserungen

Die Unterstützung der Pflege in der eigenen Häuslichkeit und die erfolgte kalkulatorische Aufmerksamkeit für das spezielle Krankheitsbild Demenz sind Schritte in die richtige Richtung. Für die ambulant versorgten Pflegebedürftigen stehen höhere Beträge zur Verfügung. Diese werden bis 2012 schrittweise angehoben und ab 2015 dynamisiert. Zur Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – darunter werden größtenteils Demenzkranke begrifflich zusammengefasst – gibt es jetzt deutlich erhöhte finanzielle Mittel. Deren Höhe beträgt monatlich 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag). Auch stationäre Pflegeeinrichtungen besitzen die Möglichkeit, spezielle Angebote zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung demenziell erkrankter Bewohner vorzuhalten. Die Finanzierung des hier einzusetzenden zusätzlichen Betreuungspersonals erfolgt über Betreuungszuschläge. Diese werden zwischen dem Trä-

ger der Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen vereinbart. In Sachsen wurden sich die Beteiligten relativ schnell einig. Ein Übergangsverfahren der pauschalierten Leistungsvergütung läuft bis Ende 2009. Die Regelung fand große Resonanz. Die Ersatzkassen in Sachsen konnten mit mehr als 400 der insgesamt 600 stationären Pflegeeinrichtungen entsprechende Vereinbarungen schließen. Voraussetzung war der Nachweis eines Betreuungskonzepts für Demenzkranke sowie die Einstellung zusätzlichen Personals.

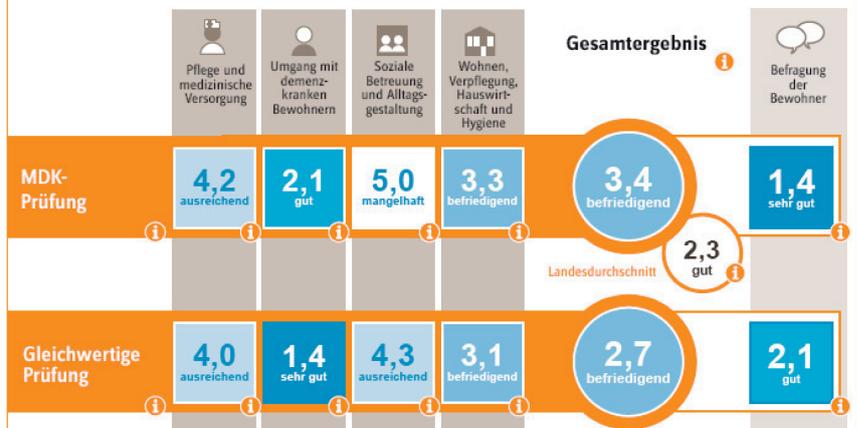
Beratung: Hotline und Vernetzung via Internet

Die Verbesserung der wohnortnahen Beratung der Versicherten und ihrer Angehörigen rund um das Thema Pflege gestaltet sich bundesweit verschieden. Nach dem Auslaufen der Modellphase für Pflegestützpunkte sollen die Bundesländer in diesem Jahr die dahinterstehende Idee in der Praxis umsetzen. Nämlich individuelle, bedarfsgerechte Lösungen für die Versicherten zu vermitteln. Einige Länder, Bremen beispielsweise, haben erste Pflegestützpunkte errichtet. In Sachsen will man auf kostenintensive Doppelstrukturen verzichten. Kommunale Spitzenverbände, Pflegekassen, das Sächsische Sozialministerium

Qualität der stationären Pflegeeinrichtung

Seniorenresidenz „Sicherer Anker“

Seestraße 9, 12345 Hafenstadt · Tel: 0123/45678 · Fax: 0123/45679
info@sicherer-anker.de · www.sicherer-anker.de



Zensuren wie in der Schule – die Qualitätsbewertung der Pflegeeinrichtungen

und Vertreter von Leistungserbringer-Verbänden sind darin einig. Ebenso besteht Einvernehmen in dem Punkt, durch eine bessere Vernetzung die Qualität der Pflegeberatung deutlich zu erhöhen. An einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung wird derzeit gearbeitet. Das Sächsische Sozialministerium will kurzfristig eine Internetplattform errichten. Die Plattform soll die vorhandene Fülle an Informationen pflegerischer, medizinischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote vernetzen. Darüber hinaus ist eine Telefon-Hotline vorgesehen. Auf diese Weise stehen für die Versicherten in Sachsen sehr bald weitere leistungsfähige und effiziente Beratungsangebote zur Verfügung. Die Entscheidung des Landes für diese Alternative zur Errichtung von Pflegestützpunkten wird von den Ersatzkassen nachdrücklich unterstützt.

Transparenz: Benotung von Pflegeeinrichtungen

In Anbetracht der seit Jahren teilweise recht intensiv geführten Diskussionen über Qualitätsmängel in Pflegeeinrichtungen ist die Ausweitung der Kontrollen einschließlich der Transparenz über die Prüfergebnisse nur folgerichtig. Bis Ende 2010 muss jede Pflegeeinrichtung mindestens einmal geprüft werden, ab 2011 dann jedes Jahr. Das bedeutet, dass in Sachsen ab 2011 in ca. 1.850 Pflegeeinrichtungen (davon etwa 1.050 ambulante Dienste) Regelprüfungen durchzuführen sind. Hinzu kommen noch Wiederholungsprüfungen, deren Gegenstand insbesondere die Beseitigung identifizierter Mängel ist. Vergleicht man diese Zahl mit den in 2008 durchgeführten 280 Qualitätsprüfungen, so wird der damit verbundene personelle und finanzielle Mehraufwand sowohl beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung als auch bei den im Prüfverfahren federführend tätigen Landesverbänden der Pflegekassen deutlich. Insofern wird das Augenmerk auch auf effiziente Verfahrensweisen zu richten sein.

Ein wesentlicher Impuls für die Verbesserung der Qualität der Pflege soll von der verbindlichen Transparenz ausgehen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen blieben den Betroffenen bislang weitgehend verschlossen. In Zukunft wird jedes Prüfergebnis in gut verständlicher Form veröffentlicht. Die Kriterien der Bewertung sind bundeseinheitlich festgelegt. Zur Beurteilung der insgesamt fünf (bei stationären Pflegeeinrichtungen) bzw. vier (bei ambulanten Pflegeeinrichtungen) Berei-

che werden Schulnoten vergeben. Die Prüfergebnisse werden anschließend in Regie der Landesverbände der Pflegekassen im Internet und in anderer geeigneter Form publiziert. Außerdem sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gut sichtbar auszuhängen. Unabhängig von der Veröffentlichung verbleibt es bei der bisherigen Verfahrensweise, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung in einem Bescheid zur Beseitigung festgestellter Mängel aufgefordert wird. Wesentliche Voraussetzungen für die Veröffentlichung der Ergebnisse sind einerseits die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien als Arbeitsgrundlage des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie das Prüfverfahren, andererseits auch die technische Realisierung der Veröffentlichung im Internet. Der Verband der Ersatzkassen wird hierfür einen „Pflegelotsen“ als wesentliche Grundlage für die Beratung der Versicherten der Ersatzkassen installieren. Es ist davon auszugehen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen das neue Prüfverfahren noch vor dem Sommer nutzt. Erste Prüfergebnisse wären dann nach der Sommerpause öffentlich einsehbar.

Ausblick: Neuformulierung von Pflegebedürftigkeit

Der vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Beirat zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstrumentes zur Pflegebedürftigkeit hat Ende Januar 2009 erste konzeptionelle Überlegungen vorgelegt. Die Forderung nach einer Neuausrichtung gründet insbesondere auf der somatischen Sichtweise des derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dieser bezieht sich ausschließlich auf einen Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung. Ein gerontologisch-bedinfnisorientierter Ansatz wurde nicht zugrunde gelegt. Insbesondere bei Demenzkranken liegt jedoch der Hilfebedarf aufgrund der psychischen und kognitiven Einschränkungen zu einem nicht unerheblichen Teil in der sozialen Betreuung. Diese umfasst Kommunikation, Anleitung und Beaufsichtigung. Der Beiratsbericht enthält erste Vorschläge für ein neues und praxistaugliches Begutachtungsverfahren. Konkrete Umsetzungsvorschläge werden in diesem Monat erwartet.

Psychisch kranke Kinder gut versorgt

Resozialisierungscamps für Jugendliche, von Schülern tyrannisierte Lehrer, genervte Eltern – das Fernsehen bringt beinahe täglich Berichte von hyperaktiven, verhaltensauffälligen oder aggressiven Minderjährigen in die heimischen Wohnstuben. Die Kanäle überbieten im „Lebensnah-Fernsehen“ einander mit Sendungen zu psychischen Erkrankungen der Jüngsten.

Das gehäufte Auftreten dieser Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen wird allerdings seit Längerem beobachtet. Die Ersatzkassen hatten Mitte der neunziger Jahre eine bundesweit gültige vertragliche Regelung im Rahmen ihres Arzt-/ Ersatzkassenvertrages abgeschlossen. Diese Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ermöglichte bei komplexen, sozialpsychiatrischen Problemen die ambulante ärztliche Versorgung als Alternative zum Krankenhaus und anderen institutionellen Betreuungsformen.

Im Zuge der Reformen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der grundlegenden Änderung der Systematik der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen wurde davon ausgegangen, dass die Sozialpsychiatrie Aufnahme in den EBM findet. Die Ersatzkassen kündigten daher ihre mantelvertragliche Regelung zum 31. Dezember 2008. Bestrebungen des GKV-Spitzenverbandes, bis zu diesem Zeitpunkt eine für alle Krankenkassen bundesweit gültige Vereinbarung abzuschließen, führten jedoch nicht zum gewünschten Erfolg.

Um dennoch die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf hohem Niveau sicherzustellen, vereinbarte man eine Weitergeltung aller gekündigten Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen bis zum 31. März 2009. Da eine bundeseinheitliche Regelung wiederum nicht zustande kam, wurde auf Landesebene eine Lösung gefunden. Die sächsischen Ersatzkassen schufen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein eigenes Vertragswerk. Das gilt seit 1. April 2009.

Diese sächsische Sozialpsychiatrie-Vereinbarung knüpft an die bewährten Regelungen des Vorläufers an, entwickelt sie aber auch weiter. Neu ist zum Beispiel, dass der Vertrag dem gestiegenen Behandlungsaufkommen Rechnung trägt und die Zahl der in einem Quartal maximal abrechenbaren Fälle deutlich erhöht wurde. Die Vertragspartner verfolgen hiermit das Ziel, jedem behandlungsbedürftigen Kind eine adäquate ärztliche Betreuung zu ermöglichen.

Außerdem werden die Vertragspartner gemeinsam Evaluationskriterien erstellen, um die Qualität der Behandlung und den Behandlungserfolg besser messbar zu machen. Im kommenden Jahr sollen die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte erstmalig über die Durchführung und die Ergebnisse der Behandlungen befragt werden.

Programm „Studienbeihilfe“

Erste Medizinstudenten unterschreiben

Die ersten 13 Medizinstudenten sicherten sich diese Tage den Anspruch auf eine deutschlandweit einmalige Förderung. Sie haben sich verpflichtet nach ihrem Studium in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens tätig zu werden. Dafür erhalten sie für einen Zeitraum von maximal 48 Monaten eine Studienbeihilfe.

Ein gemeinsam entwickeltes und finanziertes Programm der gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales ermöglicht diese Unterstützung. Damit soll vor dem Hintergrund des drohenden Hausärztemangels ein Beitrag zur Stabilisierung der ambulanten ärztlichen Versorgung vor allem im ländlichen Raum geleistet werden.

Parallel zum Studium gehen die Medizinstudenten eine Patenschaft mit einem sächsischen Hausarzt ein. Sie werden auf diese Weise bereits frühzeitig an das Fachgebiet der Allgemeinmedizin herangeführt und können den Arbeitsalltag eines Hausarztes kennenlernen. Während regelmäßiger Präsenzzeiten werden sie dort fachspezifisch begleitet.

Außerdem verpflichten sich die Studierenden, nach ihrer Ausbildung zum Allgemeinmediziner vier Jahre als Hausarzt in einer unterdurchschnittlich versorgten Region des Freistaates zu arbeiten. Das Förderprogramm startete zum Wintersemester 2008/2009 und ist für drei Studienjahre konzipiert.

Basispreis für Krankenhausvergütungen 2009 festgelegt

Die wichtigste Berechnungsgrundlage für die Bezahlung medizinischer Leistungen im Krankenhaus steht für dieses Jahr fest. Nach intensiven Verhandlungsrunden haben sich die Sächsische Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen auf den Landesbasisfallwert 2009 geeinigt.

Der Basisfallwert für 2009 beträgt ohne Einbeziehung der Kappungsgrenze 2.825,00 EUR, mit Einbeziehung 2.817,00 EUR. Es wurden keine Ausgleichsvereinbarungen vereinbart. Dies bedeutet, dass die festgelegte Erhöhungsrates nach § 10 Abs. 5 Kran-

kenhausrahmengesetz, welche der Spitzenverband Bund vereinbart hat, in vollem Umfang berücksichtigt wurde und keine Nachverhandlungen mehr erforderlich sind.

Das Zustandekommen des Abschlusses verlangte von beiden Seiten höchste Kompromissbereitschaft. Schließlich ging es um ein GKV-Finanzvolumen in Höhe von 2,795 Milliarden Euro zur Krankenhausbehandlung allein für das Bundesland Sachsen. Von Seiten der Krankenhäuser war ein hoher Basisfallwert aufgrund von Kostensteigerungen gefordert worden. Dem standen erhebliche Fallzahlsteigerungen und zusätzliche Ausgaben im Bereich der Zusatzentgelte gegenüber, die auf Seiten der Krankenkassen zu verkräften waren.

Der jetzt erzielte Abschluss unterstreicht, dass die Selbstverwaltungspartner im Land in der Lage sind, trotz konträrer Interessen konsensfähige Verhandlungsergebnisse zu erreichen. Die Vereinbarung wurde ohne Einschaltung der Schiedsstelle geschlossen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die zu Beginn der Einführung des Landesbasisfallwerts im Jahre 2005 aufgetretene Streubreite der Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser zwischenzeitlich auf ein „normales Maß“ zurückgeführt werden konnte.



Rund 2,8 Mrd. Euro geben die gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen in Sachsen aus.

Trotz Bevölkerungsrückgang kaum weniger Krankenhausbetten

Obwohl die Bevölkerungszahl in Sachsen rückläufig ist, wird es in den nächsten beiden Jahren kaum weniger Krankenhausbetten geben. Mit der Fortschreibung des Krankenhausplanes des Freistaates für die Jahre 2009 und 2010 sind insgesamt 25.746 Betten für die stationäre Versorgung vorgesehen. Der vorherige Planungszeitraum hatte 25.821 Betten beinhaltet.

Der prognostizierte Bedarf an Krankenhausleistungen wird maßgeblich durch demographische Faktoren bestimmt. Vornan stehen die Entwicklung der

Einwohnerzahl, der Bevölkerungsstruktur und deren Behandlungshäufigkeit in Krankenhäusern. In Sachsen prägt neben dem Schwund der Bevölkerung auch deren merkbare Alterung das Bild.

Diesem Trend trägt die Krankenhausplanung Rechnung. Bei den aktuellen Vorgaben werden die Behandlungskapazitäten insbesondere in den herzchirurgischen Zentren sowie neurologischen und psychiatrischen Fachabteilungen erhöht. Erweitert werden ebenso die stationären Angebote der Palliativmedizin.

Zahnärztlicher Vorsorgepass auch für Babys

Weitere Initiative zur Bekämpfung der frühkindlichen Karies

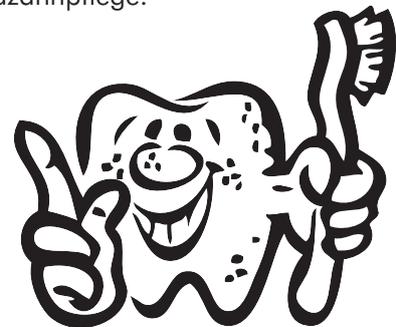
Schon Kleinkinder haben Karies. Rund 15 Prozent der Dreijährigen leiden an der sogenannten Nuckelflaschenkaries. Hauptursache dieser frühkindlichen Zahnerkrankung im Milchgebiss ist das dauerhafte Nuckeln gesüßter Getränke oder Obstsaft aus der Flasche. Oftmals müssen den betroffenen Kindern die Schneidezähne gezogen werden. Für die Kleinen stellt diese Behandlung einen risikoreichen Eingriff dar.

Einfache Verhaltensänderungen können der Nuckelflaschenkaries wirksam begegnen. Dabei soll der neu gestaltete zahnärztliche Vorsorgepass helfen, den jetzt Neugeborene im Freistaat erhalten. Dieser altersbezogene Prophylaxe- und Untersuchungskalender wurde im Rahmen der sachsenweiten Kampagne „Gegen Nuckelflaschenkaries“ von der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege entwickelt.

Eltern sollen durch den Pass bereits in den ersten Lebensmonaten ihres Kindes – und damit früher als bislang – für das Thema Zahngesundheit sensibilisiert werden. Die Seiten für den 6. bis 12. Lebensmonat und das 2. Lebensjahr wurden zusätzlich aufgenommen. Sie motivieren zur Zahnpflege bei Babys und regelmäßigen Zahnarztbesuchen mit dem Durchbruch des ersten Zahnes. Denn je früher mit der Zahnpflege begonnen wird und die Eltern über zahnschädigende Verhaltensweisen informiert sind, desto eher ist Karies vermeidbar.

Der Vorsorgepass gibt einen Überblick über die Stufen der Gebissentwicklung. Für die jeweilige Altersgruppe enthält er wertvolle Tipps und Handlungsanleitungen zur Zahnpflege. Darüber hinaus bietet er dem Inhaber des Passes und den betreuenden Zahnärzten die Möglichkeit, die Teilnahme an den für alle Kinder vorgesehenen Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen bis zum 12. Lebensjahr zu dokumentieren. Die Gliederung in Altersabschnitte erinnert gleichzeitig an die nächsten anstehenden Untersuchungstermine.

In Format und Design ähnelt der neue zahnärztliche Vorsorgepass dem Nachweisheft der Kinder- und Jugenduntersuchungen U1 – U9. Nicht ohne Grund, so wird die Bedeutung der Zahnvorsorge aufgewertet. Beide Dokumente werden in Sachsen zusammen ausgegeben. Die Verteilung erfolgt durch die Entbindungskliniken und Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen, die sächsischen Hebammen und die Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege.



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.de
Verantwortlich: Silke Heinke · Redaktion: Dirk Bunzel