

report hamburg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

März 2009

ersatzkassen

Pflegestützpunkte in Hamburg Ein ungeahntes Potenzial

Die ersten Schritte wurden zum Jahreswechsel vollbracht: die Allgemeinverfügung der Behörde, dann als Grundstein für den Aufbau der Pflegestützpunkte der Abschluss des Landesrahmenvertrags. Hamburg bekommt acht gut ausgestattete Pflegestützpunkte, wobei für Wandsbek als größten der sieben Bezirke zwei Standorte vorgesehen sind.

Die Ziele von Pflege- und Krankenkassen, Behörde und Bezirken: bürger-/versichertennah, aufbauend auf bestehenden Strukturen, wettbewerbsneutral und bedarfsorientiert, hochkompetente Beratung aus einer Hand. Neben der Beratung zu Pflege- und Sozialleistungen werden die Pflegestützpunkte sich innerhalb der bezirklichen Strukturen intensiv einbinden und damit ihren übrigen zentralen Aufgaben gerecht werden: Hilfe- und Unterstützungsangebote koordinieren sowie Versorgungs- und Betreuungsangebote vernetzen.

Eine Personalausstattung von mindestens drei Stellen, von denen zwei von den Kranken- und Pflegekassen finanziert werden, barrierefreier Zugang zu den Räumlichkeiten, die auch von der Größe her die Einbindung von Ehrenamt und

Selbsthilfe ermöglichen, eine gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und die Möglichkeit und Aufgabe einer zugehenden Beratung bei den Pflegebedürftigen zu Hause sind die konzeptionellen Grundlagen.

In dieser Ausgabe:

- **Rettungsdienst**
Eine Mehr-Klassen-Gesellschaft
- **Psychiatrische Versorgung**
Die Kurve steigt und steigt...
- **Entwicklungsgestörte Kinder**
Neue Leistungen

Schon das Ende Oktober von den Vertragspartnern des Rahmenvertrags durchgeführte „Hearing zur Einbindung und Beteiligung von Ehrenamt, Selbsthilfe und anderen Akteuren in Hamburg“ hatte gezeigt, dass einiges an Aufbauarbeit geleistet werden muss, um die notwendigen Kenntnisse

über lokale Strukturen und über das weit gefächerte Angebotssystem auszubauen und zu bündeln.

Alle Pflege- und Krankenkassen halten heute schon ein umfangreiches enges Beratungsnetz bereit und werden das auch weiter tun, gleiches gilt auch für die Seniorenhilfe. Die Schnittstellenproblematik, die normalerweise eher zwischen verschiedenen Leistungsträgern zu lösen war, muss jetzt auch zwischen dem umfangreichen Beratungsansatz der Pflegestützpunktmitarbeiter und der reibungslosen Zusammenarbeit mit der Leistungsbewilligung bei dem zuständigen Kostenträger gelöst werden. Umso wichtiger ist es daher, mit Versorgungsplänen nach einheitlichen Standards zu arbeiten, um Synergien zu erzielen und auch bezüglich der Qualitätssicherung hamburgweit Maßstäbe zu setzen.

Pflegestützpunkte sind eine Chance auch für Akteure, die sich teilweise ganz unterschiedliche Lösungsstrukturen aufgebaut haben, denkt man zum Beispiel an das Entlassungsmanagement von Krankenhäusern. Sie sollen auch eine Chance und Unterstützung für Organisationen sein, die ehrenamtlich arbeiten oder Selbsthilfe organisieren. Gleichzeitig benötigen sie die Einbindung entsprechender Angebote für ihren ganzheitlichen Beratungsansatz.

Des Weiteren ist es erforderlich, dass in den Pflegestützpunkten zukünftig auch eine spezialisierte Beratung für bestimmte Zielgruppen und bestimmte Krankheitsbilder zur Verfügung gestellt wird. In der Hansestadt gibt es hierzu heute schon hochkompetente zentralisierte Beratungsangebote. Ein Ziel der Zusammenarbeit soll es sein, dieses Know-how über die Pflegeberater der Stützpunkte in der Fläche bereitstellen zu können.

Einzige Ausnahme: Die Bedürfnisse sinnesbehinderter Kinder und Jugendlicher und ihrer Eltern gehen bei einer quartiersbezogenen, vorzugsweise seniorenorientierten Beratung in den Pflegestützpunkten eher unter. Diese Beratungsstelle bildet daher bezüglich spezialisierter Beratung eine Ausnahme. Anstatt ihr Know-how in größerem Umfang in die Fläche zu transportieren, soll ihr Angebot in Form eines spezialisierten Pflegestützpunktes durch eine Pflegeberatung der Pflege- und Krankenkassen ergänzt werden.

Wie weit es sich eventuell doch um eine Doppelstruktur zu den im Aufbau befindlichen Frühförderstellen handelt, soll in einer Erprobungsphase bis Mitte 2011 geklärt werden.



Kirsten Jüttner,
vdek-Landesvertretung
Hamburg

DER KOMMENTAR

Klasse statt Masse

Sollen die Pflegestützpunkte ein Renner werden, so ist es an den Bezirken und den Kassen, sie nicht nur entsprechend auszustatten, sondern auch zu bewerben, denn bei den Bürgerinnen und Bürgern ist das Thema noch nicht richtig angekommen. Hamburg ist auf dem richtigen Weg. Der Aufbau der Pflegestützpunkte als Marke mit Wiedererkennungseffekt, mit gemeinsamer Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit – neben dem sachlich-fachlichen, sowie hohen Anforderungen, die es in der Praxis umzusetzen gilt. Bis Ende 2010 wollen die Vertragspartner, Kranken- und Pflegekassen, Bezirke und Behörde anhand der bis dahin vorliegenden Erfahrungen über den weiteren bedarfsgerechten Ausbau von Pflegestützpunkten

entscheiden. Dann lassen sich auch Aussagen zu der Inanspruchnahme des Angebots der zugehenden Beratung treffen, denn mancher ist nicht so mobil, überhaupt einen Pflegestützpunkt aufzusuchen.

Gleichwohl, kaum war der Landesrahmenvertrag unterzeichnet, kam als erstes die Kritik: „Waaas, nur acht?“ auf Basis von Vergleichen, die teilweise ziemlich hinken. Doch was wäre denn eine geeignete Zahl für einen republikweiten Vergleich? Einwohner je Pflegestützpunkt ist es nicht. Andere Bundesländer haben sich z. B. für die Ansiedelung von Pflegestützpunkten auch bei Kassen oder Pflegeanbietern entschieden, da mag die eine oder andere Standortentscheidung auch nach Proporz fallen. Oder die Entscheidung für viele Stützpunkte mit geringer personeller Ausstattung und eingeschränkten Öffnungszeiten? Sie mag auf dem platten Land richtig sein, doch für Hamburg? Hamburg ist eine Metropole mit Bussen und Bahnen im 10-Minuten-Takt. Die geplanten Standorte sind in der Regel schneller und besser zu erreichen als so manche Kreisstadt und kreisfreie Stadt in anderen Bundesländern. Und der vorgesehene bedarfsorientierte Ausbau stellt sicher, dass nicht schon mal vorab an den Bedürfnissen der Versicherten vorbei geplant wird.

Rettungsdienst in Hamburg

Eine Mehrklassengesellschaft

Seit Mitte Januar 2009 liegt das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Hamburg u. a. zur Frage der Anwendbarkeit des Sozialgesetzbuches im Hamburger Rettungsdienst vor. Seit Jahren streiten sich die Krankenkassen mit der Stadt Hamburg, wie das im Jahr 2003 geänderte Rettungsdienstgesetz auszulegen ist. Nach erfolgreichem Vorgehen gegen Gebührenanhebungen im Jahr 1999 wurde seinerzeit für den Rettungsdienst durch die Feuerwehr, die den weit überwiegenden Teil dieser Leistungen erbringt, mit der Stadt eine Einigung über eine Verhandlungslösung erzielt. Obwohl das Gesetz seitdem von Verhandlungen spricht und zur Konfliktlösung eine Schiedsstelle vorsieht, hat es die Stadt mit ihrem Versprechen offensichtlich aber nicht ernst gemeint.

Leider ist das Gericht in seinen Entscheidungsgründen letztendlich der Auffassung der Stadt Hamburg gefolgt. Im Gesetz heißt es, dass der Senat das Verhandlungs- oder das Schiedsstellenergebnis bei der Festlegung der Gebühren nur „berücksichtigen“ muss. Gebunden sei er hieran nicht. Demzufolge seien die Vorschriften des Sozialgesetzbuches nicht anwendbar, so das Gericht.

Ungereimtheiten bleiben zurück, etwa die Verpflichtung der Stadt Hamburg, gemeinsam mit den Krankenkassen die Gesamtkosten im Rettungsdienst festzustellen, obwohl die Krankenkassen nach dem SGB V gehalten sind, wirtschaftliche Preise zu vereinbaren. Sicher, wenn die Krankenkassen ihre Leistungen nicht auf Festbeträge beschränken, bleibt ihnen nach dem Sozialgesetzbuch im Umkehrschluss nur die Entrichtung von Gebühren.

Es untergräbt die Zielsetzung des Sozialgesetzbuches, grundsätzlich eine Deckung von Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen (Beitragssatzstabilität) zu fordern, wenn diese gleichzeitig durch ein Landesgesetz verpflichtet werden, eine Kostendeckung beim Leistungserbringer zu garantieren. Mit dieser Verpflichtung geht das Hamburgische Rettungsdienstgesetz zu weit. Sollten sich die Auffassungen der Krankenkassen bei der Feuerwehr und ggf. vor der Schiedsstelle nicht durchsetzen, müsste geklagt werden. Ansonsten setzt man sich dem Vorwurf aus, einer Kostendeckung auch noch zugestimmt zu haben.

Damit nicht genug. Der Senat kann vollkommen unbeeindruckt von laufenden Klageverfahren gegen die Schiedsstellenentscheidung die Gebühren festsetzen, die ihm genehm sind. Der Bundesgesetzgeber ist aufgrund dieser Gerichtsentscheidung in der Pflicht, der Krankenversicherung mehr Instrumente an die Hand zu geben, um sich gegen überzogene finanzielle Forderungen der Länder wehren zu können.

Im Gegensatz zur Feuerwehr müssen die Hilfsorganisationen, sofern sie nicht durch den bestehenden öffentlich-rechtlichen Vertrag direkt in die Rettung einbezogen sind, und die privaten Anbieter mit den Krankenkassen im Rahmen der Regelungen des Sozialgesetzbuches verhandeln. Die Verhandlungsergebnisse der letzten Jahre zeigen, dass die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung im Rettungsdienst trotz der niedrigeren Vergütung gleicher Leistungen von über 50 Prozent weiterhin ihr Auskommen haben. Gleichzeitig ist nachvollziehbar, dass diese sich aufgrund der Hamburger Situation unterbezahlt fühlen.

Leider gibt es aber auch einen Anbieter, der offensichtlich das Vergütungsniveau der Feuerwehr anstrebt. Es handelt sich um den einzigen privaten Unternehmer, der in Hamburg die Genehmigung zur Durchführung des Rettungsdienstes inne hat. Dass es überhaupt ein privates Unternehmen geschafft hat, eine solche Genehmigung zu erhalten, ist aus Sicht der Feuerwehr sicherlich als „Unfall“ zu werten. Mittlerweile hat man sich aber arrangiert. Das Unternehmen darf Rettungsfahrten durchführen, ohne durch die öffentliche Leitstelle disponiert zu werden. Die bloße Mitteilung an die Leitstelle der Feuerwehr, dass man gefahren ist, reicht aus. Es darf bezweifelt werden, dass diese Vorgehensweise verwaltungsrechtlichen Grundsätzen gerecht wird.

Das gleiche Unternehmen hat sich in Hamburg auch im Krankentransport ausgebreitet, aus dem sich die Feuerwehr im Wesentlichen zurückgezogen hat. Auch hier werden die Vergütungsverhandlungen mit überzogenen Forderungen blockiert, während andere Krankentransporteure mit den gezahlten Beträgen leben können.

Psychiatrische Versorgung in Hamburg

Die Kurve steigt und steigt...

Wie in den letzten Jahren gibt es auch im Jahr 2008 keine Kostenentwarnung bei den stationären psychischen Erkrankungen in Hamburg. Die noch vorläufigen Zahlen der Ersatzkassen deuten auf eine weitere Steigerung der stationären Kostenanteile für die psychischen Erkrankungen der Hamburger Versicherten hin. Lag dieser Kostenanteil 2007 bereits bei 9,12 Prozent, so beträgt er nach den 2008er stationären Abrechnungen schon 10,77 Prozent.

Im Vergleich zum Bund liegt Hamburg unter dem Bundesniveau, aber Sorgen machen die dramatischen Kostensteigerungen. 2008 mussten die Ersatzkassen bundesweit 1,7 Prozent mehr für die stationäre psychische Versorgung ausgeben, in Hamburg waren es jedoch im selben Zeitraum

5,09 Prozent! Ursache für die Mehrkosten sind die dramatisch gestiegenen Fallzahlen in Hamburg: Sie stiegen 2008 um 6,18 Prozent (Bund 2,84 Prozent).

Entlastung wird es für die Ersatzkassen in Hamburg nach dem Willen der Krankenhäuser nicht geben, denn sie planen zusätzliche vollstationäre Betten und teilstationäre Behandlungsplätze, insbesondere für den Bereich der Psychosomatik. Das würde das Versorgungsangebot erheblich ausweiten. Dabei liegt Hamburg in der Gesamtversorgung Psychiatrie und Psychosomatik im Bundesvergleich mit 10 Betten pro 10.000 Einwohner bereits mit an der Spitze. Außerdem gibt es in der Versorgung der stationären psychischen Versorgung in Hamburg in der Psychiatrie im Vergleich zur Psychosomatik eine Überversorgung.

DER KOMMENTAR



Thomas Schulte, vdek-Landesvertretung Hamburg

Vernetzung ist das „Zauberwort“

Die Fallzahlen in den psychischen Einrichtungen steigen – nicht nur in Hamburg – weiter. Der Trend der letzten Jahre hält auch 2008 an. Die Ursachen sind vielfältig. Aber ein Problem, das gerade bei den psychischen Erkrankungen offensichtlich ist, ist die fehlende Patientensteuerung. Wir müssen die vorhandenen Sektoren besser verzahnen! Das ist zwar kein neuer Gedanke, allerdings wird diese Idee nur unzureichend praktiziert. Den Patienten mit Depressionen, Angstzuständen und Schizophrenie müssen wir helfen und sie durch integrierte Behandlungspfade lenken. Eine abgestimmte Patientensteuerung durch die Sektoren kann die Behandlungsqualität verbessern und die Behandlungskosten senken.

Aber der Weg dorthin ist lang. Falls die Versorgung der Patienten nicht entscheidend verbessert wird, müssen wir den Kliniken recht geben, wenn sie zusätzliche Kapazitäten, insbesondere in der Psychosomatik, fordern.

Im Zeitalter einer Weltwirtschaftskrise müssen die Verantwortlichen des Gesundheitswesens andere Wege gehen als zusätzliche Kapazitäten zu schaffen. Die Vernetzung der Sektoren mit einer abgestimmten Behandlungskette für die Patienten kann den Drehtüreffekt reduzieren und somit auch die Fallzahlen. Neue Entgeltformen können Fehlanreize in der Versorgung reduzieren. Krankenhäuser sollten mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten bekommen.

Die Psychischen Erkrankungen werden laut WHO 2020 zu den großen Volkskrankheiten zählen. Nur mit neuen Behandlungskonzepten können wir diese Herausforderung meistern.

Deshalb fordert der vdek eine Kompensation der Betten aus der Psychiatrie und anderen Fachabteilungen der Krankenhäuser.

Der Gesetzgeber plant für die stationäre psychische Versorgung neue Entgeltformen, aber die lassen noch einige Jahre auf sich warten. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz verursacht erst einmal rund fünf Millionen Euro Kosten für die Hamburger Krankenkassen.

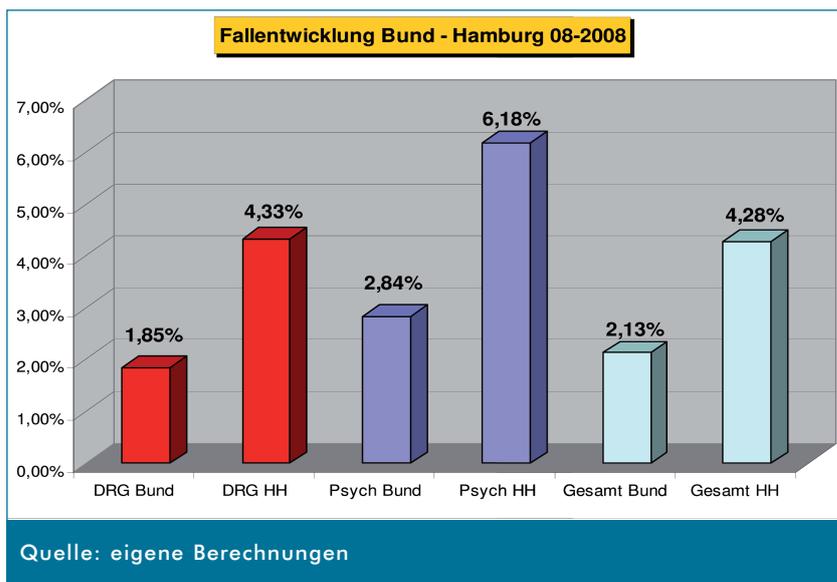
Dabei sind die Ursachen – neben den immer noch steigenden Fallzahlen – längst bekannt.

Solange die unterschiedlichen Behandlungssektoren in der Behandlung der Patienten nicht optimal verzahnt sind, ist keine Verbesserung zu erwarten. Würden die Patienten mit den kostenintensiven Diagnosen wie Schizophrenie, Angstzustände, aber insbesondere Depressionen, mit einen Anteil von fast 30 Prozent an den Gesamtdiagnosen durch den Behandlungsprozess geführt, könnten die Patienten besser und kostengünstiger versorgt werden, davon ist der vdek überzeugt.

Defizite sehen wir auch bei den Krankenhäusern. Nach Aufnahme des Patienten sollte neben der Behandlung schon die Entlassung geplant werden. Die Krankenhäuser haben dafür zu sorgen, dass der betroffene Patient auf die weitere ambulante Behandlung vorbereitet wird. Ansonsten entstehen Wiederaufnahmen in die Krankenhäuser (Drehtüreffekte). Durch die Schaffung von intelligenten Netzwerken mit den niedergelassenen Ärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten sollten diese bereits im Krankenhaus in den Behandlungsprozess eingebunden werden.

Das UKE Hamburg macht es mit seinem Psychose-Modell vor. Dort sind sehr gute Ansätze zur Patientensteuerung enthalten, sodass sowohl die Verweildauer als auch die Wiederaufnahmequote verringert werden konnte. Zudem wurde die Behandlungsqualität der Patienten verbessert.

Ideen und gute Beispiele gibt es in Hamburg genug. Neue integrierte Modelle ggf. mit neuen Vergütungsformen wären ein kurzfristiger praktikabler Lösungsansatz, statt ausschließlich zusätzliche Betten zu fordern.



STICHWORT

Depressionen

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen.

Depressive Episode (Major depression): Eine depressive Stimmung geht über Traurigkeit und Niedergeschlagenheit hinaus und ist erst krankhaft und behandlungsbedürftig, wenn sie länger als 14 Tage andauert.

Sich wiederholende (**rezidivierende**) depressive **Störungen** sind depressive Episoden, die mehrmals auftreten. Zwischen den Phasen liegen per Definition mehr als zwei Monate.

Bei **chronischen depressiven Störungen** klingen die Symptome zwischen den Phasen nicht mehr ab.

Unipolare Depression ist eine depressive Störung ohne manische Phasen (z. B. abnorme und anhaltende euphorische oder reizbare Stimmung).

Bipolare Depression ist eine depressive Störung mit manischen Phasen.

Mit **Komorbidität** wird das Auftreten depressiver Störungen zusammen mit anderen psychischen (Angststörungen, Suchterkrankungen, somatoformen) Störungen und körperlichen Erkrankungen (Diabetes, Herzinfarkt) bezeichnet.

(Zitiert nach: BpTK-Spezial, Ausgabe März 2008, Seite 8)

Jahres-Pressekonferenz des Verbandes der Ersatzkassen e.V. Für den Fonds gut gerüstet

„Die Ersatzkassen sind gut aufgestellt. Sie haben sich auf den Gesundheitsfonds und den einheitlichen Beitragssatz vorbereitet. Wir gehen davon aus, dass die Ersatzkassen in diesem Jahr keinen Zusatzbeitrag erheben müssen. Allerdings erwarten wir, dass bei einigen anderen Kassen ab Mitte des Jahres Zusatzbeiträge erhoben werden müssen. Denn die Probleme sind keineswegs gelöst. Die Unterfinanzierung des Fonds besteht trotz Konjunkturprogramm weiter, auch wenn die Beitragsbelastung für Versicherte und Arbeitgeber reduziert wurde.“ Das unterstrich Günter Ploß, Leiter der Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) in der Jahres-Pressekonferenz in Hamburg vor Journalisten.



Gut besucht war die Jahres-Pressekonferenz der vdek-Landesvertretung Foto: Kahnert

Dass die Ersatzkassen sich auf den Fonds eingestellt haben, werde am deutlichsten sichtbar, so Ploß, „an unserem Verband, der zum 1.1.2009 einer erheblichen Modifi-

zierung unterworfen wurde.“ Die Ersatzkassen haben die Aufgaben neu definiert, den Arbeiter-Ersatzkassenverband (AEV) aufgelöst, und sich umbenannt: Aus „a“ wurde „e“, aus dem VdAK der vdek. Und dazu wurde auch gleich ein komplett neues Design geschaffen.

Der Erfolg gebe den Ersatzkassen recht, erläuterte Ploß. Nach der jüngsten sogenannten KM6-Statistik hatten die Ersatzkassen am 1.7.2008 mit 506 800 Mitgliedern einen Anteil von 48,31 Prozent aller gesetzlich versicherten Kassenmitglieder (AOK 19,85, BKK 24,7, IKK 5,86 Prozent). Durch Fusionen liegt der Mitgliederanteil der Ersatzkassen in Hamburg seit 1.1.2009 bei über 50 Prozent.

Die neuen geplanten gesetzlichen Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich werden die Krankenkassen, so Ploß, 2009 erheblich belasten. Von der Bundesregierung sind den Krankenhäusern bundesweit 3,5 Milliarden Euro finanzieller Verbesserungen zugesagt worden (die Berechnungen der

Krankenkassen gehen von 4,1 Milliarden Euro aus). Dazu zählen auch insgesamt 17000 zusätzliche Pflegestellen, die von den Kostenträgern mit insgesamt 90 Prozent zu finanzieren sind.

Zu den Vergütungen für die ärztliche Behandlung meinte der Hamburger Verbandschef: „Sie werden sich stärker an der Entwicklung der Morbidität der Bevölkerung orientieren. Außerdem werden die bisher regional je nach Kasse unterschiedlichen Vergütungen für die gleichen Leistungen beseitigt. Bisher mussten die Ersatzkassen für die gleiche Leistung mehr zahlen. Diese Angleichung ist nur konsequent, wurde für den Zahnarztbereich aber versäumt.“

Die Höhe des Landesbasisfallwertes (LBFW) konnte, wie Ploß darstellte, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt 2008 weiter reduziert werden. Die Abweichung lag 2008 nur noch bei 0,76 Prozent. Die Steigerungsrate für 2009 liegt mit rund 1,0 Prozent in einer moderaten Höhe, bedenkt man, dass allein die Grundlohnsumme für 2009 1,41 Prozent beträgt.

Auch auf die Sorgen und Pläne bei den Themen Zulassung einzelner Krankenhäuser zur Behandlung nach § 116b SGB V und neue Versorgungsangebote für Patienten der Psychiatrie und der Psychosomatik ging Ploß ein. Zu den Krankenhausaussgaben sagte er: „Die Ausgaben der vdek-Kassen stiegen 2008 in Hamburg um schätzungsweise rund drei Prozent, 2009 wird mit einer erheblich höheren Steigerungsrate von mindestens sieben Prozent gerechnet.“

Das zweite Halbjahr 2008 war auch durch die Umsetzung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gekennzeichnet, vor allem die Intensivierung der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Vorbereitungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. In den letzten Monaten haben Kranken- und Pflegekassen, Behörde und Bezirke unter der Federführung des vdek einen Landesrahmenvertrag zu Errichtung von Pflegestützpunkten in Hamburg verhandelt, der am 16. Januar 2009 unterschrieben werden konnte. Jetzt arbeitet in Hamburg eine Arbeitsgruppe an der Umsetzung.

Alle Materialien zur Pressekonferenz und eine Datei des druckfähigen neuen Logos sind im Internet zu finden: www.vdek.com

Entwicklungsgestörte und behinderte Kinder: **Neue Leistung zur frühen Förderung**

Das System der Früherkennung und der Frühförderung wird in Hamburg weiter ausgebaut. Seit einigen Monaten wird behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Hamburg eine neue Leistung angeboten, die „Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung“ genannt wird.

In ausgewählten Einrichtungen, den Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) oder den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), wird mit Kindern im Alter von 0-6 Jahren gearbeitet, um Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen vor dem Schuleintritt entgegenzuwirken, sie abzumildern oder sogar gänzlich zu vermeiden. Diese Komplexleistung erhalten Kinder, bei denen eine Förderung allein durch heilpädagogische Maßnahmen oder medizinisch-therapeutische Leistungen wie beispielsweise eine logopädische Therapie nicht ausreicht.

In einer umfangreichen Diagnostik wird in der Frühförderstelle von einem Team aus verschiedenen Therapeuten abgeklärt, welchen Förder- und Behandlungsbedarf ein Kind hat. Das Team der Frühförderstelle setzt sich aus Heilpädagogin, Physiotherapeut, Logopäde und Ergotherapeut ggf. einem Arzt und einem Psychologen zusammen. Dieses Team stellt mithilfe von standardisierten Tests fest, wie groß das Entwicklungsdefizit ist und welches Ziel in welchem Zeitraum realisiert werden kann. Diese Diagnostik kann vom Kinderarzt, durch die jugendpsychiatrischen Dienste der bezirklichen Gesundheitsämter oder durch das

Hamburger „Beratungszentrum sehen, hören, bewegen, sprechen“ veranlasst werden.

In einem zweiten Schritt wird ein individueller Förder- und Behandlungsplan für das Kind erstellt, in dem festgelegt wird, welche Maßnahmen in welchem Umfang und mit welchem Ziel durchgeführt werden sollen. Anhand dieses Plans werden im Verlauf der Therapie die Entwicklungsschritte überprüft.

Wichtiges Element in der interdisziplinären Frühförderung ist die Einbeziehung der Eltern in die Planung der Behandlung und in die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen. Alle Schritte werden mit den Eltern ausführlich besprochen, um sicherzustellen, dass diese sich auch aktiv an der Behandlung beteiligen, also etwa Anregungen der Therapeuten für Übungen im häuslichen Umfeld umsetzen. Bei schwierigen familiären Situationen soll die Frühförderstelle auch Unterstützungsleistungen für die Eltern im Umgang mit ihrem Kind anbieten.

Finanziert wird die Komplexleistung von den gesetzlichen Krankenkassen und der Freien und Hansestadt Hamburg als Sozialhilfeträger. Dort ist auch der Antrag auf die Komplexleistung zu stellen: Bei den bezirklichen Sozialämtern, wenn die Leistung in einer Interdisziplinären Frühförderstelle durchgeführt werden soll, und bei der Krankenkasse, wenn die Komplexleistung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum erbracht werden soll.

KURZ GEMELDET

- Die Impfstoffkosten in Hamburg sind um fast zehn Prozent von 21,72 (2007) auf 23,87 Millionen Euro (2008) gestiegen. Durch den verbesserten Impfschutz werden die Versicherten künftig hoffentlich seltener krank, und die Krankenversicherung kann Behandlungskosten sparen.
- Mit der Zahntechnikerinnung wurde eine Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2009 erreicht. Moderate Steigerungen wurden vereinbart. Damit wurden die Zuzahlungen der Versicherten bei zahntechnischen Leistungen begrenzt.

DER HAMMER DES MONATS

Die Krux mit dem Durchschnitt

Lebt eine Person in drei Wohnungen, und eine andere Person schläft unter der Brücke, dann bewohnt statistisch jede Person 1,5 Wohnungen. Man spricht dann von Überversorgung.

Genauso verhält es sich mit der Ärzteversorgung in Hamburg. Die Hansestadt ist nach der gesetzlichen Definition mit Ärzten Überversorgt. Je nach Arztgruppe beträgt der Versorgungsgrad knapp 110 bis über 160 Prozent!

In Steilshoop fehlt aber ein Kinderarzt. Das ist kein statistisches Problem. Und es ist auch keine „gefühlte Unterversorgung“, wie es ein Ärztefunktionär nannte. Das ist ein reales Problem, das den Versicherten in dem Stadtteil, und nicht nur in diesem, das Leben schwer macht. Die heutige Lösung: 4000 Eltern vagabundieren mit ihren Kindern zu Ärzten, die sich in Überversorgten Stadtteilen angesiedelt haben.

Beteiligt sind viele. Die Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen, die Stadt Hamburg und ihre Bezirke, verantwortlich aber offenbar niemand. Nach dem Gesetz hat die alleinige Verantwortung die Kassenärztliche Vereinigung, aber alle Beteiligten sind intelligente Leute. Ihnen sollte es doch gemeinsam möglich sein, eine bessere Lösung als das Vagabundieren zu finden. Oder ist ein krankes Kind nur so viel wert wie die Angabe der „gefühlten Temperatur“ im Wetterbericht?

BÜCHER



Flaschenpost nach irgendwo – Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern

Schirin Homeier, Andreas Schrappe, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2009, 22,90 Euro.

Schweigen, Streit, der Versuch Verantwortung für die Eltern zu übernehmen – die Folgen sind bekannt, Traurigkeit, Schuldgefühle, Aggressionen, Schulversagen. Die Autoren haben das Thema kindgerecht aufbereitet, als Geschichte für Grundschul Kinder. Ihnen erst einmal zu zeigen, dass es anderen auch so geht. Der zweite Teil ist dann ein echter Ratgeber, immer noch kindgerecht, umzusetzen eher mit der Unterstützung eines Erwachsenen, vom Umgang mit dem

suchtkranken Elternteil, über Informationen zu Suchtberatung für die ganze Familie bis zu Kindergruppenangeboten zum Austausch mit anderen Betroffenen. Ergänzend ein dritter Teil der sich an Eltern und Bezugspersonen wendet und die aktuelle Fachdiskussion sowohl zur Suchtproblematik als auch zur speziellen Situation und den Bedürfnissen der Kinder aufgreift.



Die besten Tomicek Karikaturen 2008

Jürgen Tomicek, Verlag Tomicek, Werl-Westönnen, 96 Seiten, 13,80 Euro

Lachen ist gesund. Diesen Gesundheitskick beschert der Karikaturist Jürgen Tomicek den Lesern der Ärzte-Zeitung bereits am Frühstückstisch, denn dort sind seine Werke regelmäßig auf der Seite 2 zu finden: witzig, spritzig, auf den Punkt gebracht. Doch nicht nur im Gesundheitswesen kennt sich der Zeichner aus, Politik, Wirtschaft, Freizeit, Sport, kein Gebiet, auf das seine spitze Feder nicht einen Kommentar wüsste. Die besten Karikaturen sind jetzt in seinem neuen Sammelband veröffentlicht. Das sollte man sich zu Gemüte führen; hält gesund!



Präventive Bonusprogramme

Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas

Viviane Scherenberg, Wolfgang Greiner, Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 172 Seiten, 34,95 Euro

Anreizsysteme zur Verhaltenssteuerung sind bei Krankenkassen beliebt, weil sie das ökonomische Interesse der Kundenbindung mit dem gesetzlichen Auftrag verbinden, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Theoretisch können sie auch zur Überwindung des Präventionsdilemmas beitragen – aber nur, wenn sie so zielgruppengerecht gestaltet sind, dass die Wirkungen auf Risikogruppen die Mitnahmeeffekte bei den „guten Risiken“ überschreiten. Das Buch beschreibt anhand von 157 Krankenkassen-Bonusprogrammen die Gestaltungsmöglichkeiten derartiger Anreize.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Hamburg des vdek
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV-Hamburg@vdek.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß