

# report sachsen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Juni 2010

# ersatzkassen

## Vernetzung der Pflegeberatung weiterentwickeln

Ein Jahr nach Start der vernetzten Pflegeberatung in Sachsen wurde zu Monatsbeginn eine Zwischenbilanz gezogen. Das sächsische Sozialministerium, die sächsischen Pflegekassen, der Sächsische Städte- und Gemeindetag und der Sächsische Landkreistag hatten im Juni 2009 eine Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur unterzeichnet. Die Vereinbarung basiert auf der Entscheidung des Freistaats, eine eigene Form für die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vorgeschriebene Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu wählen.

Der sächsische Ansatz sieht eine intensive und partnerschaftliche Zusammenarbeit der an der Pflegeberatung Beteiligten vor, die in Chemnitz sowie in den Landkreisen Görlitz und Nordsachsen modellhaft erprobt wurde. Ergänzend waren das überregionale Internetportal PflegeN und eine Telefonhotline eingerichtet worden.

Insgesamt 1.683 Pflegeberatungen wurden im Verlauf der siebenmonatigen Erhebungsphase in den Modellregionen gezählt. Das sind etwa elf Beratungen pro Arbeitstag, in die sich die drei Regionen teilen. Unter der Maßgabe, verantwor-

### In dieser Ausgabe:

- **Chronikerversorgung:**  
Neue Behandlungsstandards für Erkrankte
- **Ideen gefragt:**  
Sicherstellung vertragsärztlicher Versorgung
- **Medizinstudenten nutzen Förderprogramm**
- **Gesetzentwurf:**  
Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

tungsvoll zu haushalten, sprechen die Ergebnisse für die Einbindung bestehender Beratungsmöglichkeiten und gegen den Aufbau von Doppelstrukturen.

Sofern angeboten, wählten die meisten pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen die Beratung in der eigenen Häuslichkeit: Jeder Zweite wünschte eine aufsuchende Beratung. Mit dieser Option und dem Internetportal bietet das

Flächenland Sachsen eine wohnungsnahe Beratung, die dichter an den Betroffenen ist, als durch die an der Einwohnerzahl orientierten Pflegestützpunkte möglich wäre.

68 Prozent der Beratungsfälle konnten unmittelbar bei der angefragten Stelle geklärt werden. Für 32 Prozent war die weitere Kontaktaufnahme zu anderen Partnern des Netzwerks erforderlich. Hier zahlte sich aus, dass die enge Kooperation beispielsweise zwischen Pflegeberatern der Kassen und Mitarbeitern der Sozialämter intensiv entwickelt und ausgebaut wurde, die Ansprechpartner einander bekannt sind und sich vieles unbürokratisch im Sinne der Betroffenen regeln lässt.

Durch gegenseitige Schulungen wird ein breites Wissen über das Fachgebiet der Partner vorgehalten und kann „aus einer Hand“ vermittelt werden. Knapp über die Hälfte der durchgeführten Beratungen fiel unmittelbar in den eigenen sozialrechtlichen Zuständigkeitsbereich. Der restliche Teil wurde für Informationen über das gesamte Spektrum der Leistungen der anderen Netzwerkpartner und weiterer Anbieter verwendet.

Die festgestellten regionalen Besonderheiten wie das Beratungsaufkommen und die Beratungsinhalte sprechen für eine örtlich differenzierte Herangehensweise bei der Etablierung der Netzwerke. Insbesondere die Altersstruktur und das Vorhandensein innerfamiliärer Hilfesysteme bedingen diese Unterschiede.

Nach dem Aufbau der Beratungsstrukturen richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, die Hilfe- und Versorgungsanbieter in das gemeinsame Agieren einzubeziehen. Vor allem die Schnittstellen zur ärztlichen Versorgung und der Übergang vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit oder in ein Pflegeheim weisen auf die Notwendigkeit der Anbindung weiterer Akteure.

Die Ergebnisse aus den Modellregionen zeigen, dass eine flächendeckende Etablierung von regionalen Netzwerken der Pflegeberatung sinnvoll ist. Eine Erweiterung zeichnet sich ab. Weitere sächsische Landkreise haben ihr Interesse bekundet. Mit dem Vogtlandkreis nahm die inzwischen vierte Netzwerk-Region die Arbeit auf.

## DER KOMMENTAR



Silke Heinke, Leiterin des Ersatzkassenverbandes e. V. (vdek) in Sachsen

### Sächsischer Weg zum Ziel

Was haben die Zeit der geografischen Entdeckungen und die Pflegeberatung gemeinsam? Es geht bei beiden um ein verheißendes Ziel. Damals um einen zu erreichenden bestimmten Ort, heute um eine bessere Information und Versorgung. Überdies bestehen verschiedene Auffassungen über einen geeigneten Weg dorthin. Damals debattierte man Routen über das Land und über das Meer, heute über Routen mit und ohne Pflegestützpunkte. Und wenn dann die Wege erkundet werden, hört man lange nichts von denen, die unterwegs sind. Damals wie heute muss eine gewisse Distanz zurückgelegt werden, um überhaupt feststellen zu können, ob man auf Kurs ist.

Dieses Warten hat bei der Pflegeberatung ein Ende. Die ersten Positionsdaten liegen vor. Erweist sich damit der eine Weg als besser als der andere?

Selbst Länder mit Pflegestützpunkten gehen auf unterschiedlichen Pfaden. Durch diese Vielfalt teilen sie manche Wegmarke mit den Sachsen. Das mag als Paradoxum erscheinen. Das kann aber auch als Zeichen von Realitätsnähe verstanden werden. Weil von Land zu Land sehr unterschiedliche Randbedin-

gungen bestehen, die Auswirkungen auf die Route haben. Werden diese unzureichend beachtet, ist ein Straucheln nicht ausgeschlossen.

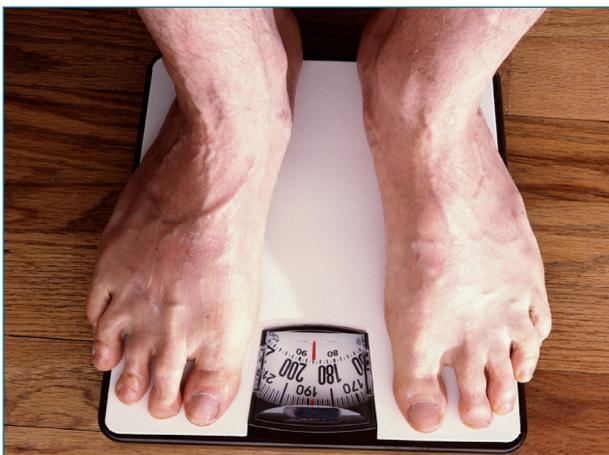
Sachsen braucht den Vergleich mit den Pflegestützpunkt-Ländern nicht zu scheuen. Gelungen ist, bestehende Strukturen miteinander zu verknüpfen, die trägerübergreifend arbeiten und informieren. Sachsen hat eine alltagspraktische Lösung gefunden, um trotz Flächenland ganz nah am Versicherten zu sein. Und auch unter den gegenwärtigen Haushaltsbedingungen kann der gewählte Weg weiter beschritten werden.

## Chronikerversorgung

# Neue Behandlungsstandards für Erkrankte mit Herzinsuffizienz

Seit 2003 wird die Versorgung von Patienten, die an sogenannten Volkskrankheiten leiden, systematisch gefördert. Damals wurde das erste strukturierte Behandlungsprogramm (DMP) zur Behandlung von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ II leiden, in Sachsen eingeführt. In den folgenden Jahren kamen weitere Programme für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung in Sachsen hinzu. Beispielhaft seien hier die Erkrankungsbilder koronare Herzkrankheit, Brustkrebs, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Diabetes mellitus Typ I genannt. Ein gemeinsames Ziel haben alle diese Programme: die Verbesserung der Behandlungsqualität für die erkrankten Patienten und die Verbesserung der Kooperation aller an der Versorgung Beteiligter. Damit dies gelingt, wurden für jedes Erkrankungsbild unter Mitwirkung von Experten bundeseinheitliche Behandlungsstandards entwickelt, die für die beteiligten Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken verbindlich sind. Circa 3.000 teilnehmende Vertragsärzte, 80 teilnehmende Kliniken und 450.000 teilnehmende Patienten belegen eindrucksvoll den Erfolg der angebotenen Behandlungsprogramme in Sachsen.

Da sich die medizinischen Erkenntnisse mit der Auswertung und Veröffentlichung von Patientenstudien regelmäßig weiterentwickeln, müssen die Behandlungsstandards von Zeit zu Zeit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Eine solche Anpassung wurde nun zum 1.7.2010 auf der Bundesebene beschlossen.



Gewichtsveränderungen sollen bei Herzkranken frühzeitig erkannt werden

Die vdek-Landesvertretung hat sich im besonderen Maße dafür eingesetzt, dass die neuen Behandlungsstandards auch in Sachsen rechtzeitig eingeführt und umgesetzt werden. Die dazu notwendigen Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen konnten zusammen mit den anderen Krankenkassenverbänden fristgerecht zum Abschluss gebracht werden.

Für die Patienten besonders wichtig dürfte die Integration eines Behandlungsprogramms für Erkrankte mit Herzinsuffizienz sein. Wesentliche Ziele sind die Reduktion der Sterblichkeit, Steigerung der Lebensqualität und die Steigerung oder Erhaltung der Belastbarkeit der Patienten. Wie auch in den anderen Programmen kommt es hier insbesondere auf die Abstimmung der Behandlung zwischen den beteiligten Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen an. Dies wird erreicht durch die Festlegung von Überweisungskriterien, Regelungen zur medikamentösen Therapie sowie die Schaffung von Schulungsangeboten für die Erkrankten. Dem Hausarzt kommt hier eine entscheidende Rolle zu. Teilnahmeberechtigt sind Patienten, die sich bereits im DMP koronare Herzkrankheit eingeschrieben haben. Patienten mit einer klinischen Symptomatik, die auf eine Herzinsuffizienz hinweist, sollen gezielt einer Diagnostik mittels Echokardiografie zugeführt werden. Die Diagnostik wird durch am DMP koronare Herzkrankheit teilnehmende Kardiologen durchgeführt, dies sind zurzeit 125 Vertragsärzte in Sachsen. Zur Unterstützung des Arztes sollen die Patienten besonders auf ihr Gewicht achten. Dazu kann auch das Führen eines Tagebuches notwendig werden, um Gewichtsveränderungen frühzeitig zu erkennen. Der Hausarzt kann durch diese Information gegebenenfalls die medikamentöse Therapie anpassen. Bei der hohen Akzeptanz der bisher in Sachsen angebotenen Behandlungsprogramme darf auch hier wieder mit einer hohen Anzahl an eingeschriebenen Patienten gerechnet werden.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, das die sächsischen Versicherten auch weiterhin auf hohem medizinischen Niveau flächendeckend versorgt werden. Die vdek-Landesvertretung wird sich als verlässlicher Partner im Gesundheitswesen auch in Zukunft für eine Berücksichtigung neuester medizinischer Erkenntnisse bei der Behandlung der sächsischen Patienten stark machen.

# Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung:

## Ideen gefragt

„Deutschland leidet unter Ärztemangel.“ Diese Aussage ist scheinbar gesellschaftlicher Kanon geworden. Wie aber kann bei einer rückgängigen Einwohnerschaft und einer steigenden Ärztezahll wie in Sachsen das Bild eines Mangels entstehen? Spricht nicht die Arztdichte für ein hohes Versorgungsniveau?

### Individuelle Wahrnehmung

Mangel bei der medizinischen Versorgung wird von den Patienten häufig dann empfunden, wenn sie beim Arzt keinen oder erst nach langem Warten einen Termin bekommen. In den seltensten Fällen liegt das am tatsächlichen Fehlen des Arztes. Eher liegen Gründe in den gesetzlich vorgesehenen Steuerungsmechanismen bei der Verteilung seines Honorars, die ab einem gewissen Patientenvolumen die insgesamt begrenzte Ressource „Honorar“ schmälern. Von daher besteht für einen Arzt aus monetären Gründen kein gesteigertes Interesse mehr, neue Patienten anzunehmen. Einige Ärzte stoßen außerdem an Kapazitätsgrenzen, weil sie eine ohnehin schon überproportional hohe Patientenzahl versorgen.

Mitverantwortlich für das Erreichen dieser Grenzen ist die Häufigkeit der Arztbesuche. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland den Spitzenplatz

ein. Jeder Deutsche hat jährlich 18 Arztkontakte, während etwa für Belgien, Frankreich, Polen und Österreich zwischen 6 und 8 Arztkontakte angegeben werden (BARMER GEK-Arztreport 2009).

### Nachwuchssorgen

In der sozialpolitischen Diskussion assoziiert der Begriff „Ärztemangel“ in aller Regel eine zunehmende Überalterung der Ärzteschaft. Ein zentrales Argument ist die Sorge um den fehlenden Nachwuchs für die aus Altersgründen frei werdenden Vertragsarztsitze. Für die spezifische sächsische Versorgungssituation hat diese Debatte durchaus eine Berechtigung, weil sich die Altersstruktur der Vertragsärzte in Sachsen deutlich von der Altersstruktur der alten Bundesländer unterscheidet. Allerdings entspricht der Nachbesetzungsgrad nicht dem Versorgungsgrad.

### Bedarfsplanung

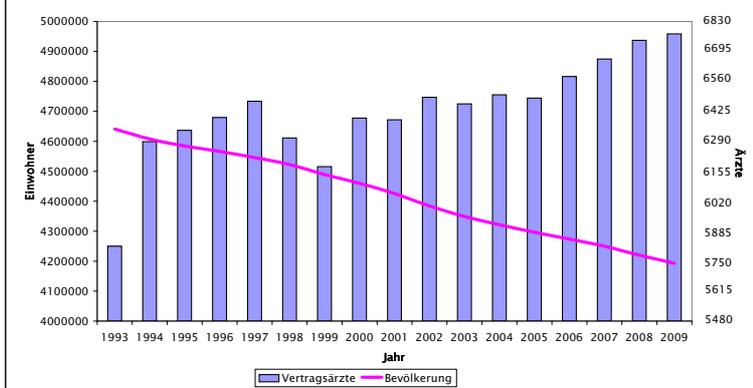
Eine konkretere Möglichkeit, das Versorgungsniveau zu messen, bieten die Planungszahlen der sogenannten Bedarfsplanungs-Richtlinie. Die Bedarfsplanung ist ein Instrument zur Absicherung der Versorgung einer Region mit einer ausreichenden Anzahl von Ärzten. Anhand vorgegebener Größen („Einwohner pro Arzt“) werden Sollvorgaben festgelegt, die es einzuhalten gilt. Die Bedarfsplanung wird über die Zulassung von Ärzten umgesetzt.

Bei einer Vielzahl von Fachgruppen wird die Grenze zur Überversorgung teilweise weit überschritten, sodass in Sachsen seit Jahren Zulassungsbeschränkungen für die meisten Fachgruppen und Planungsbereiche bestehen. Besonders betroffen sind Ballungszentren.

### Perspektiven für die Sicherstellung

Erkennbar ist, dass die bisherige seit 1990 unveränderte Bedarfsplanung keine Antworten auf lokal auftretende Probleme bei der Versorgung der Bevölkerung mit vertragsärztlichen Leistungen gibt. Insbesondere ist es nicht gelungen, die Anzahl der Ärzte ausgewogen zu verteilen. Sie hat dazu geführt, dass in vermeintlich attraktiven Ballungszentren Höchststände erreicht wurden,

Entwicklung Bevölkerung Ärzte in Sachsen



Vergleich der Entwicklung der Anzahl Vertragsärzte zur Bevölkerungsentwicklung in Sachsen

Quelle: Bundesarztregister; Statistisches Landesamt Sachsen

weil dort das Interesse an einer Niederlassung enorm hoch ist. Andererseits gerät die Nachbesetzung von Landarztpraxen ins Stokken, weil eine Tätigkeit auf dem Dorfe unattraktiv erscheint.

Aus diesem Grund werden in einer Unterarbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses verschiedene Ansätze diskutiert, wie die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung an die aktuellen Gegebenheiten angepasst und zukunftssicher gestaltet werden kann. Dabei sollten insbesondere folgende Kriterien Berücksichtigung finden:

- Stärkere Berücksichtigung der perspektivischen Bevölkerungsentwicklung
- Einschränkung der Nachbesetzung von Praxen in erheblich überversorgten Gebieten zugunsten von Gebieten mit absehbaren Versorgungsengpässen
- Größere Spielräume für die Selbstverwaltung bei der Lösung von Versorgungsengpässen vor Ort

Insbesondere der Faktor Bevölkerungsentwicklung wurde bisher noch nicht berücksichtigt. Bei der aktuellen Prognose für Sachsen ist mit einem nicht unerheblichen Bevölkerungsrückgang zu rechnen.

### Vergütungsanreize für Ärzte

Sachsen war das erste Bundesland, in dem Ärzten Investitionszuschüsse und Vergütungszuschläge gezahlt wurden. Die Erfahrungen zeigen, dass diese finanziellen Anreize nicht zu einer Erhöhung der Arztzahlen in den kritischen Regionen, wohl aber zu einer Stabilisierung der Versorgung geführt haben. Auch aus den Reihen der Ärzteschaft ist zu vernehmen, dass die Höhe der Anreize bei der Wahl eines Niederlassungsortes eher nachrangig sei. Viel wichtiger sei eine entsprechende infrastrukturelle Entwicklung.

Als Fazit kann man daher festhalten:

Es besteht kein akuter Mangel an Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung, sondern ein Verteilungsproblem.

### Nachbesetzungsgrad im hausärztlichen Bereich 2009

	Beendete Zulassungen	Neue Zulassungen	Nachbesetzungsgrad = Beendigungen / Neuzulassungen
Chemnitz	48	31,5	65,63 %
Dresden	99	78,75	79,55 %
Leipzig	7,5	2	26,66 %
Sachsen	154,5	112,25	72,65 %



Nachbesetzungsgrad im hausärztlichen Bereich in Sachsen 2009

Quelle: Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Sachsen, 28.4.2010

Die Bedarfsplanung unterliegt statistischen Grundsätzen. Sie sagt nichts zur wahrgenommenen Versorgungssituation aus.

Durch die Verringerung der Bevölkerungszahl ist eine Erhöhung der Arztzahl in Sachsen nicht notwendig. Es ist vielmehr dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung konstant und nachhaltig aufrechterhalten wird.

Alle Akteure im Gesundheitswesen sind dazu angehalten, intelligente Lösungen zu erarbeiten, die Ärzte und Patienten zusammenbringen. In für Einzelpraxen unwirtschaftlichen, ländlichen Regionen könnten andere medizinische Leistungserbringer ambulant tätig werden (beispielsweise Krankenhäuser). Es gilt hierbei zu überlegen, ob Ärzte nicht zukünftig auch im Rahmen einer mobilen Tätigkeit Versorgungsengpässe kompensieren können. Außerdem spielen arztentlastende Strukturen wie „AGnES“ eine zunehmend größere Rolle.

Aber auch die Landes- und die Bundespolitik sind zukünftig stärker denn je gefordert, flexible und nachhaltige Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung zu schaffen. Lösungen der Zukunft erfordern ein koordiniertes Zusammenwirken mehrerer Sektoren aus den Bereichen Gesundheits- und Sozialpolitik, Hochschulpolitik, Infrastruktur- und Wirtschaftsförderung.

## Medizinstudenten nutzen Förderprogramm

Sachsens Förderprogramm für Medizinstudenten, die sich verpflichten, nach dem Studium als Hausarzt in einer von Unterversorgung bedrohten Region zu arbeiten, findet Zuspruch: Bereits 29 Studierende nutzen die Förderung.

Zur Motivation des medizinischen Nachwuchses hatten die Ersatzkassen und sächsischen Krankenkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz mit Beginn des Wintersemesters 2008 das bundesweit einzigartige Förderprogramm gestartet.

Es sieht gegen Zahlung einer Studienbeihilfe von 300 Euro bis 600 Euro pro Monat eine fünfjährige Verpflichtung zur Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit in einer von drohender Unterversorgung geprägten sächsischen Region vor. Das Förderprogramm ist auf je 50 mögliche Teilnehmer pro Studienjahr bis 2010/2011 angelegt.

Eigentlich kann man mit der Annahme des Förderprogramms zufrieden sein, denn damit werden für Problemregionen tatsächlich neue Ärzte gewonnen. Jedoch könnten insgesamt noch mehr Studenten von dem finanziellen Zuschuss profitieren.

Nach einer Analyse der KVS beeinflusst vor allem die relativ langfristige Bindung an eine bestimmte und

dazu unbekannt Region den Zuspruch der Studenten. Die meisten wollen sich zu dem Zeitpunkt, an dem die Entscheidung über eine Programmeilnahme ansteht, ihre Lebensplanung noch offen halten.

Ein weiteres Entscheidungskriterium sind aus Sicht der Studierenden die monatlichen „Patentage“ in einer sächsischen Hausarztpraxis. Die Tage dienen einem frühzeitigen Kennenlernen der praktischen Seite einer hausärztlichen Tätigkeit, die während des Studiums kaum bis überhaupt nicht vermittelt wird. Problematisch für die Interessenten ist dabei die Anreise aus teilweise weit entfernten Studienorten, um in Sachsen die Patentage zu absolvieren.

Nicht nur organisatorische Gründe spielen eine Rolle. Der Austausch mit Kommilitonen und Patenpraxen sowie der Wunsch nach Vermittlung zusätzlicher fachlicher Inhalte besitzen für die Studierenden einen hohen Stellenwert. Das kommt nach Ihrer Bewertung in dem Förderprogramm bislang zu kurz.

Die Träger des Programms prüfen jetzt unter Beteiligung des Universitätsklinikums Dresden, wie die sichtbar gewordenen Hinderungsgründe ausgeräumt werden können. Hier wird auch stärker zu vermitteln sein, dass die Studienbeihilfe zwar auf das BAfÖG angerechnet wird, aber im Unterschied dazu nicht zurückgezahlt werden braucht.

## Gesundheitspolitischer Abend der Ersatzkassen:

### Ohne Numerus clausus zum Landarzt?

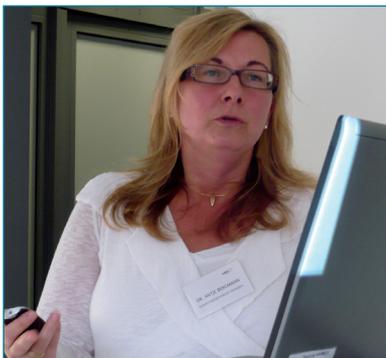
Die jüngsten Berliner Überlegungen zur Gestaltung des Medizinstudiums waren Thema des Gesundheitspolitischen Abends

der Landesvertretung am 15.6.2010. Vertreter der Ersatzkassen und Abgeordnete des Sächsischen Landtages diskutierten gemeinsam mit PD Dr. med. habil. Antje Bergmann, Lehrstuhlinhaberin des Bereichs Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Dresden.

Frau Dr. Bergmann sprach sich für Auswahlverfahren durch die Hochschulen aus. Diese seien notwen-

dig, um soziale Kompetenzen der Bewerber besser erkennen zu können. Zugleich verwies sie darauf, dass Berufsausbildung und Praktika vor dem Studium bei der Studienplatzvergabe an Gewicht gewonnen hätten. Doch gelte nach wie vor: „Hausarzt sollten Studierende mit Bestnoten werden, denn die Anforderungen in Studium und Beruf sind hoch. Die Abiturnoten korrelieren stark mit den Studiennoten.“

Um künftige Hausärzte zu gewinnen, müssten Studenten engagiert und motiviert von Beginn des Studiums an das Fach Allgemeinmedizin herangeführt werden. „Vom ersten bis zum letzten Tag muss die Allgemeinmedizin im Curriculum abgebildet sein,“ betonte Dr. Bergmann. Nach einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) haben 22 der 36 Medizinischen Fakultäten in Deutschland keinen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. In Dresden wird er gerade aufgebaut.



Dr. Antje Bergmann (Uniklinikum Dresden): Studenten brauchen eine motivierte Heranführung an die Allgemeinmedizin

# Auf dem Weg zu bundeseinheitlichen Preisen: 118 Millionen Euro mehr für sächsische Krankenhäuser

Die 80 Krankenhäuser in Sachsen erhalten für Behandlungen dieses Jahr insgesamt rund 118 Millionen Euro mehr als 2009. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) haben sich auf einen Landesbasisfallwert von 2.864 Euro verständigt, der gegenüber dem Vorjahr um 39 Euro gestiegen ist.

Die Landesbasisfallwerte werden in jährlichen 20-Prozent-Schritten ihrer Differenz zum Bundesbasisfallwertkorridor angepasst. Das Krankenhausreformfinanzierungsgesetz legt die obere Korridorgrenze auf 2,5 Prozent über dem Bundesbasisfallwert an, die untere Grenze bei 1,25 Prozent unter dem Bundesbasisfallwert. Bei einem Bundesbasisfallwert von 2.935,78 Euro für 2010 reichen die Korridor Grenzen von 2.899,08 Euro bis 3.009,17 Euro. Um besonders teure Bundesländer – dort befindet sich der Landesbasisfallwert oberhalb der oberen Korridorgrenze – vor einer allzu starken Absenkung zu schützen, wird die jährliche Angleichung (maximale Absenkung) auf 0,3 Prozent des Landesbasisfallwertes begrenzt.

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Landesbasisfallwert in €	2.705	2.725	2.754	2.754	2.825	2.864

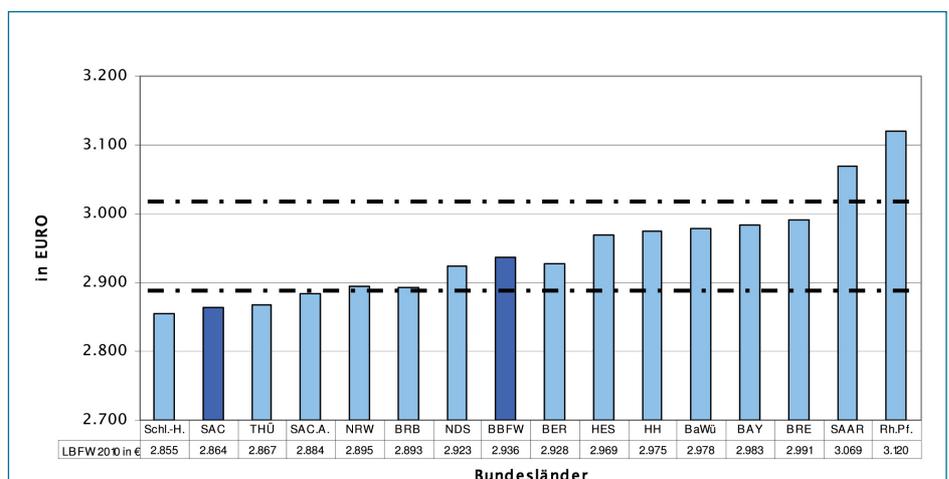
Entwicklung des Landesbasisfallwerts in Sachsen von 2005-2010

Der Landesbasisfallwert wird jährlich neu verhandelt. Er ist die entscheidende Rechengröße für die Vergütung der von den Kliniken erbrachten Leistungen. Abhängig vom Aufwand der speziellen Behandlung wird der Wert mit einem Faktor multipliziert. Für eine Blinddarm-Operation in Aue gilt deswegen der gleiche Preis wie in Zittau. Rund 80 Prozent der Krankenhausleistungen werden nach diesem sogenannten Fallpauschalensystem (DRG) vergütet.

Die neuen Bundesländer liegen unterhalb des vereinbarten Korridors. Entsprechend der gesetzlichen Regelung steigt der jeweilige Landesbasisfallwert, wodurch Krankenkassen in diesen Ländern stärker belastet werden.

Die Anhebung des Landesbasisfallwertes setzt die Entwicklung in Richtung der Vereinheitlichung von Krankenhauspreisen fort. Sie hatte 2005 mit der stufenweisen Angleichung der Krankenhausbudgets an ein landesweites Vergütungssystem begonnen und wurde im letzten Jahr grundsätzlich abgeschlossen. Die vorgegebene Anpassung an einen bundesweiten Durchschnittswert, die jetzt begonnen hat, ist der nächste Schritt. Den Ländern steht dafür ein Zeitraum bis zum Jahr 2014 zur Verfügung. Ab dann soll es einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert geben, der die landesspezifischen Größen ablöst und zu einem bundeseinheitlichen Preissystem führen soll.

Durch die Asymmetrie von Ober- und Untergrenze und der ungleichen Schrittgröße, mit der sich dem Korridor genähert wird, gleichen sich die Budgets der Geld gebenden und der Geld nehmenden Länder nicht aus. Es kommt zu Mehrausgaben, die den finanziellen Druck auf die Kassen erhöhen. Aus Sicht der Ersatzkassen wäre sachgerechter, den dahinterstehenden Systemfehler bei der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes zu korrigieren.



Landesbasisfallwerte 2010 ohne Ausgleiche und ohne Kappung, Stand 30.4.2010

## Selbstbestimmtes Leben zu Hause ermöglichen

# Geriatriekonzept grundlegend überarbeitet

Ein aktualisierter und inhaltlich breiter angelegter „Goldstandard“ der medizinischen Betreuung und Versorgung erkrankter älterer Menschen wurde vor kurzem mit dem Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen aufgelegt. Die Konzeption entstand in enger Zusammenarbeit des Sächsischen Sozialministeriums mit dem Krankenhausplanungsausschuss, dem Landesverband Geriatrie und weiteren Experten. Es ersetzt die in den 1990er-Jahren erstellten Leitlinien zur geriatrischen Betreuung und das Rahmenkonzept zur geriatrischen Hilfe.

Beschrieben werden die Prinzipien und Ziele der geriatrischen Versorgung in einem sektoralen System. Zentraler Vorsatz ist es, alten Menschen ein langes selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die notwendigen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen sowie pflegerischen und sozialen Angebote sind in Sachsen weitgehend vorhanden. Um die

Qualität der geriatrischen Versorgung zu verbessern, aber auch um die vorhandenen Ressourcen effizienter einzusetzen, sollen die ambulanten, teilstationären und stationären Strukturen stärker als bisher miteinander verbunden werden.

Ausgehend von den Erfahrungen der drei Modelleinrichtungen in Sachsen sollen neu zu etablierende geriatrische Schwerpunktpraxen und Geriatriezentren hierbei eine koordinierende Funktion übernehmen. Daneben wird die Bedeutung einer personenbezogenen Fallsteuerung für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges durch das vorliegende Konzept betont.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist ein flächendeckendes System gefragt, das statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten ein umfassendes Gesundheitsmanagement anbietet, das Problemlösungen mit Aussicht auf Stabilität für möglichst lange Zeit verspricht.

## Prüfinstanzen arbeiten zusammen

### Gesetzentwurf Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

Am 13.4.2010 beschloss der Sächsische Landtag die Anhörung des Gesetzentwurfes zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit (SächsBeWoG). Das Gesetz bezweckt einen umfassenden Schutz der Bewohner stationärer Einrichtungen. So wurden Regelungen des Heimgesetzes zur Sicherung einer guten Pflegequalität übernommen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind beispielsweise verpflichtet, in den Bereichen Pflege und Betreuung einen Fachkraftanteil von mindestens 50 Prozent vorzuhalten. Darüber hinaus sind jährliche, in der Regel unangemeldete Prüfungen durch die zuständige Instanz (Heimaufsicht) vorgesehen.

der einzelnen Prüfinstanzen deren Tätigkeit sinnvoll zu ergänzen und Doppelprüfungen weitestgehend zu vermeiden. In einer gemeinsamen Stellungnahme weisen die Landesverbände der Pflegekassen darauf hin, dass darüber hinaus auch das gemeinsame Handeln des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsichten konkret benannt werden sollte. In die hier erforderlichen Abstimmungen sind die Landesverbände der Pflegekassen mit einzubeziehen.

Neben den Regelungen zur Qualitätssicherung werden auch Kriterien zur Abgrenzung von stationären Einrichtungen und betreutem Wohnen vorgenommen. Wurde die Beschreibung des Heimes aus dem Heimgesetz übernommen, so stellt die Definition des betreuten Wohnens eine bisher noch nicht vorhandene Hilfe zur Unterscheidung der genannten Formen dar.

Im vorliegenden Gesetzentwurf wurde auf heimvertragliche Inhalte verzichtet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass entsprechende Regelungen in dem am 1.10.2009 in Kraft getretenen Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) des Bundes getroffen wurden.



Foto: DAK

Aus Sicht der vdek-Landesvertretung stellt die im Gesetzentwurf enthaltene Verpflichtung zur Zusammenarbeit der für die Sicherung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen zuständigen Akteure einen wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkt dar. Ziel muss es hier sein, aufgrund der abweichenden Prüfinhalte

#### IMPRESSUM

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