

# report sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Nov. 2010

# ersatzkassen

## Gesundheitsreform GKV-Finanzierungsgesetz beschlossen

Der Bundestag hat mit den Stimmen von CDU/CSU und FDP das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG) Mitte November verabschiedet. Da die Finanzierungsreform keiner Zustimmung des Bundesrates bedarf, kann sie unverändert zum 1.1.2011 beginnen.

Das Gesetz sieht tiefgreifende Maßnahmen zur Umgestaltung der Finanzierung vor, die die gesetzliche Krankenversicherung nachhaltig verändern werden. Im Vordergrund steht die Beitragssatzerhöhung von 0,6 Beitragssatzpunkten. Sie hebt den Beitragssatz von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent und erreicht so das Niveau vor dem Konjunkturpaket II.

Der neue Arbeitgeberbeitrag wird bei 7,5 Prozent festgeschrieben. Das höhlt die paritätische Finanzierung weiter aus, zahlten die Arbeitnehmer seit Jahren zusätzlich 0,9 Prozent aus eigener Tasche. Ausgabensteigerungen haben künftig allein die Kassenmitglieder durch einen kassenindividuellen, pauschalen Zusatzbeitrag zu tragen.

Die bisherige Überforderungsgrenze bei möglichen Zusatzbeiträgen wird aufgehoben. Ersatz

### In dieser Ausgabe:

- **Zurück ins Lot:**  
Landespsychatrieplan wird weiterentwickelt
- **Notärztliche Versorgung I:**  
Krankenhäuser mehr einbinden
- **Notärztliche Versorgung II:**  
Staatsgrenze stoppt Lebensretter
- **Mammographie-Screening:**  
Verwaltungskosten steigen

soll die Einführung eines Sozialausgleichs denjenigen bringen, deren durchschnittlicher Zusatzbeitrag zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt.

Daneben bietet das Gesetz einen Ansatz, wie das für das Jahr 2011 erwartete Defizit in Höhe von circa zehn Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeglichen werden soll. Neben einem Steuerzuschuss in Milliardenhöhe verspricht man sich zusätzliche Einnahmen von der Wiederanhebung des Beitragssatzes.

Die danach verbleibende Finanzlücke soll durch eine Reihe von einmaligen Ausgabenbegrenzungen geschlossen werden. Für Krankenhäuser, Ärzte und Zahnärzte werden die Zuwächse begrenzt. Bei den Krankenkassen ist bis auf wenige Ausnahmen das Einfrieren der Verwaltungskosten vorgesehen. Anzurechnen sind außerdem die Minderausgaben im Pharmabereich, die unter anderem über das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) erreicht werden sollen.

Allerdings bewahrheitete sich auch bei dem GKV-Finanzierungsgesetz, dass die Innenarchitektur von Gesetzen im Laufe des parlamentarischen Verfahrens ihre eigentliche Gestalt erhält. Bis zuletzt wurde eine Reihe von Änderungsanträgen eingebracht.

Durch die konjunkturelle Entwicklung veranlasst, erhielten Ärzte und Kliniken einen finanziellen Nach-

schlag. Übersehen wurde, dass die Krankenkassen dieses Geld aufzubringen haben. Die erwarteten Mehreinnahmen landeten im Gesundheitsfonds, nicht aber bei den Kassen. Ihre Zuweisungen aus dem Fonds richten sich nach einer Prognose des Schätzerkreises. Der hatte die später beschlossenen zusätzlichen Gelder nicht berücksichtigt.

Eingang fand auch ein Antrag, der die Kürzung der Verwaltungskostenzuweisungen um zwei Prozent bei den Krankenkassen vorsieht, die nicht bis Ende 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet haben. Mit Blick auf die erst später beendete Ausstattung der Arztpraxen mit geeigneten Lesegeräten gilt die Realisierung dieses Vorhabens in Fachkreisen als fraglich.



Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung in Sachsen

## DER KOMMENTAR

### Der Umbau hat begonnen

Der große Gewinner der Gesundheitsreform ist die private Krankenversicherung (PKV). Deutete der Koalitionsvertrag auf eine Stärkung dieses Zweiges des Krankenversicherungswesens, lassen die jetzt verabschiedeten Gesetze erkennen, dass die Regierung es ernst meint. Mit den Gesetzen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zur Arzneimittelmarktneuordnung liegen Baupläne für die Umgestaltung des Gesundheitssystems vor.

Besser Verdienende sollen künftig wieder leichter zu den Privaten wechseln können. Statt drei Jahre warten zu müssen, reicht die einmalige Übersteigerung der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Damit möglichst schnell die finanzielle Basis der PKV aufgefrischt wird, tritt diese Regelung noch vor den übrigen Gesetzesinhalten in Kraft. Der GKV bringt der für 2011 erwartete Mitglieder-schwund finanzielle Verluste in Höhe von 500 Millionen Euro.

Gleichzeitig behält die PKV ihr Privileg, ihre Versicherten auszuwählen und Menschen mit schlechterem Gesundheitszustand über höhere Beiträge „abzuschrecken“.

Handeln die gesetzlichen Krankenkassen bei neuen Arzneimitteln günstigere Konditionen mit den Herstellern aus, gelten diese bald auch für die PKV. Die PKV wird zum Nutznießer der GKV, die letztlich Versorgung gestaltet und profitiert von deren Verhandlungsergebnissen. Das ist nichts Neues. Die gesetzlichen Krankenkassen sichern etwa in Sachsen die notärztliche Versorgung, ohne dass die PKV einen Cent für die notwendigen Strukturen zahlt. Ihre in Lebensnot geratenen Versicherten werden dennoch gerettet.

Die Ausweitung der Kostenerstattungsmöglichkeiten bildet neben der Beteiligung an Rabattverhandlungen einen weiteren Baustein zur Angleichung der Systeme. GKV-Versicherte können künftig auch ein anderes Arzneimittel erhalten, als das, für das die Kasse einen Vertrag geschlossen hat. Den Differenzbetrag müssen sie dann selbst tragen. Das Steuerungsinstrument Rabattverträge wird geschwächt, das PKV-Prinzip Kostenerstattung höhlt das GKV-Sachleistungsprinzip aus.

Die größte Veränderung bringt die Einführung pauschaler Zusatzbeiträge. Hier erfolgt der Einstieg in ein Prämienmodell, das weiter ausgebaut werden kann. Am Ende stünde ein System, das vollständig über einkommensunabhängige Prämien finanziert wird. Bis zur Einführung einer risikoabhängigen Prämienhebung ist es dann nur ein kleiner Schritt. Die GKV wäre vollständig ins PKV-System überführt.

Indes scheint zweifelhaft, ob die Berliner Baupläne das deutsche Gesundheitssystem von seinen finanziellen Sorgen befreien. Mit den Regelungen hilft der Gesetzgeber zumindest der PKV, ihren Haushalt in den Griff zu bekommen. Das Geschäftsmodell ist aber alles andere als stabil. Das zeigen die Ausgaben- und Prämiensteigerungen der letzten Jahre.

# Wenn man aus eigener Kraft nicht mehr ins Lot kommt

## Entwurf zum neuen Landespsychiatrieplan vorgelegt

Die Sächsische Staatsregierung verpflichtet sich in ihrer Psychiatriepolitik dem Grundsatz, psychisch kranken Bürgern alle notwendigen und angemessenen Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten für eine möglichst weitgehende Gesundung zu gewähren und die Angehörigen bei der Bewältigung belastender Situationen zu unterstützen. Konkretisiert wurde diese Zielstellung in dem Sächsischen Landespsychiatrieplan. Das Sozialministerium will jetzt den Landespsychiatrieplan von 1993 aufgrund einer veränderten Psychiatrielandschaft, anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterentwickeln.

Die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen und Ersatzkassen hatten Gelegenheit, im Rahmen einer Anhörung zum Zweiten Sächsischen Landespsychiatrieplan, eine fachliche Stellungnahme abzugeben und die Überarbeitung im Interesse der Krankenkassen mitzugestalten.

Begrüßt wird, dass der Entwurf des neuen Landespsychiatrieplanes auf multiprofessionelle Strukturen und integrative Lösungsmöglichkeiten ausgerichtet ist. Im ambulanten, stationären und auch pflegerischen Bereich setzt der Plan auf Aktualität. Er bezieht neue Versorgungsmöglichkeiten ein, die in den letzten Jahren Eingang in das Sozialgesetzbuch fanden. Dazu gehören etwa die Medizinischen Ver-

sorgungszentren oder die Psychiatrischen Institutsambulanz. Im stationären Bereich fokussiert die Planung auf die teilstationäre Versorgung, welche eine Alternative zum Krankenhaus bietet.

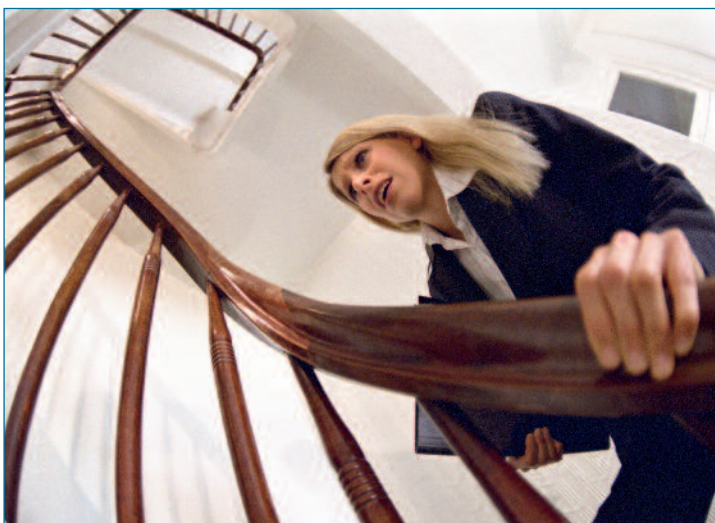
### ANSTIEG

Psychische Erkrankungen nehmen deutschlandweit zu. Etwa 8,9 Prozent aller Krankentage gehen heute auf psychische Störungen zurück. 1976 betrug deren Anteil nur zwei Prozent. Psychisch Kranke sind im Durchschnitt 30,4 Tage krank. Diese Krankheitsdauer liegt deutlich über der anderer Krankheiten.

Insbesondere durch den Bezug auf die jüngste Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verspricht sich der Verband der Ersatzkassen eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Bereich. Sie begünstigt die Schaffung weiterer Stellen für ärztliche Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Sachsen. Die erwartete Zunahme von niedergelassenen Therapeutenstellen könnte die momentanen Wartezeiten minimieren und die Nachfrage an psychotherapeutischer Behandlung im Sinne der Versicherten befriedigen. Gleichfalls könnte der stationäre Bereich durch kapazitätsbezogene und finanzielle Entlastungseffekte profitieren.

In ihrer Stellungnahme weisen die Verbände zugleich auf eine aktuelle Analyse des statistischen Landesamtes. Danach werden allein die Patientenfälle mit psychischen Verhaltensstörungen im Krankenhaus voraussichtlich bis 2020 nicht weiter ansteigen, sondern um zehn Prozent zurückgehen. Das ist ein wichtiger Aspekt für die Krankenkassen, Kapazitäten im Krankenhaus bedarfsgerecht zu gestalten und vorrangig ambulante Kapazitäten auszubauen.

Insgesamt befürwortet der Verband der Ersatzkassen den skizzierten Handlungsrahmen bezüglich zukünftiger Bedarfe und daraus abzuleitender Versorgungsziele für Sachsen. Er beschreibt in geeigneter Form die gegenwärtig erreichte und weiterzuentwickelnde Komplexität der Versorgung psychisch Kranker.



Krankheitsbilder psychischer Störungen sind sehr verschieden. Treppenhäuser können bei Menschen mit Höhenangst zu Atemnot führen.  
(Foto: DAK/Wigger)

# Fünf Jahre Sächsisches Rettungsdienstgesetz

## Umsetzung verzögert sich

Sachsens Rettungsdienstgesetz krankt. Zum fünfjährigen Jubiläum seines Bestehens hat es selber eine Reanimation nötig. Wichtige Vorhaben warten auf die vollständige Umsetzung. Kurz vor Jahresende werden außerdem Pläne eines weiteren Aufschubs bekannt.

2004 hatte der Sächsische Landtag das „Sächsische Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz“ (hier: Rettungsdienstgesetz) verabschiedet, das 2005 in Kraft trat. Auf den Erfahrungen des Jahrhunderthochwassers bauend, fasste das Gesetz die vorherigen einzelgesetzlichen Regelungen der bislang getrennten Ressorts zusammen und entwickelte sie innovativ weiter. Ziel war es, klare Führungsstrukturen aufzubauen und Kompetenzbereiche eindeutig zuzuordnen, um eine koordinierte und effiziente Zusammenarbeit aller Beteiligten im Einsatzfall zu gewähren.



Leistungen des Rettungsdienstes werden erst in wenigen Regionen Sachsens ausgeschrieben. (Foto: promedica Rettungsdienst GmbH)

Auf drei Gebieten erwarteten die Krankenkassen massive wirtschaftliche Belastungen: Die Investitionskosten für den bodengebundenen Rettungsdienst sollten in höherem Umfang dem Rettungs-

dienst zugeordnet werden. Die Schaffung einheitlicher technischer Standards in den Leitstellen stand auf dem Plan. Ebenso galt es die Absicherung der notärztlichen Versorgung, deren Rechtslage seit Jahren weitestgehend ungeklärt war, neu zu organisieren.

Als Ergebnis der Verhandlungen erreichten die Krankenkassen Mitspracherechte bei der Leistungsvergabe und die Einführung von Wettbewerb in der Leistungserbringung. Wegen der erwarteten Mehrkosten bei der Modernisierung der Leitstellen und der einhergehenden neuen technischen Möglichkeiten sollte die Anzahl der Leitstellen von 20 auf fünf reduziert werden. Um den Trägern des Rettungs-

dienstes die Umstellung zu erleichtern, wurden Übergangszeiten vereinbart – für das Ausschreibungsverfahren bis Ende 2008, für die Leitstellen bis Ende 2010.

Die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung übernahmen die gesetzlichen Krankenkassen, keineswegs leichten Herzens, sofort (s. Interview Seite 5). Die zusätzlichen Mittel für die Investitionen stellen sie ebenso seit Inkrafttreten des Gesetzes bereit. Aufgrund des über die Jahre entwickelten Investitionsstaus belaufen sich ihre Mehrkosten allein bei den Rettungswachen auf mehr als eine Million Euro jährlich.

Umgekehrt machen sich die langen Übergangsfristen bemerkbar und erweisen sich als Schwachstelle des Gesetzes.

In Sachsen wird weiterhin nach „Gutsherrenart“ über die Vergabe des örtlichen Rettungsdienstes entschieden. Nur in den ehemaligen Landkreisen Sächsische Schweiz, Weißeritzkreis, Niederschlesischer Oberlausitzkreis und in den Städten Dresden und Görlitz erfolgen bereits Ausschreibungen. Ein Verschieben ist absehbar. Über den Landtag laufen Vorbereitungen, den Übergang für die Einführung erneut hinauszuzögern. Danach soll das Auswahlverfahren bis Ende 2012 ausgesetzt werden.

Von den fünf neuen Integrierten Leitstellen, die bis Ende 2010 ihren Dienst aufnehmen sollten, befinden sich drei im Bau. Deren vollständige Inbetriebnahme wird nicht vor Ende 2013 erwartet. Unverändert bestehen die 20 Leitstellen fort.

Das Rettungsdienstgesetz hat die Lasten umverteilt. Die steuerfinanzierte öffentliche Hand wird entlastet, während die beitragsfinanzierten gesetzlichen Krankenkassen mehr zu tragen haben. Das senkt offenbar das Interesse mancher Beteiligter, mit dem Gesetz verbundene eigene Zusagen einzuhalten. Die Ersatzkassen drängen deshalb darauf, den Versprechungen endlich Taten folgen zu lassen.

Denn abgesehen von möglichen Rabatten bei der Technikbeschaffung, die ungenutzt bleiben, wird ausgeblendet, dass auch die Bündelung technischer und personeller Kompetenz bei Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz nach wie vor nicht stattgefunden hat. Das Jahrhunderthochwasser ist acht Jahre her. Das verleidet, die Zeit bis zum Nächsten großzügig zu bemessen.

# Krankenhäuser wieder mehr einbinden

Interview mit dem Geschäftsführer der ARGE Notärztliche Versorgung, Markus Cording



Markus Cording,  
Geschäftsführer ARGE  
Notärztliche Versorgung  
in Sachsen

▼ **Als Antwort auf den Sicherstellungsauftrag des Gesetzgebers gründeten die Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft (ARGE) für die notärztliche Versorgung. Welche Aufgaben sind damit verbunden?**

▲ Die Krankenkassen haben an allen 77 Notarztstandorten des Freistaates Sachsen die Besetzung der Notarzdienste zu gewährleisten. Als Geschäftsstelle üben wir dabei eine koordinierende Funktion aus.

Wir bringen die an der Versorgungsgestaltung Beteiligten – also Krankenkassen, Kommunen, Krankenhäuser und Träger des Rettungsdienstes – zusammen, stimmen die erforderlichen Leistungen zentral ab. Wir erarbeiten Konzepte für die einzelnen Regionen, kümmern uns um die Gewinnung von Notärzten und deren Leistungsabrechnung. Nicht vergessen werden sollte die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, eingeschlossen die zukünftige Auswertung der einheitlichen Dokumentation.

▼ **Die Geschäftsstelle arbeitet jetzt fünf Jahre. Wie fällt Ihre Bilanz aus? Was hat der Sicherstellungsauftrag gebracht?**

▲ Um die notärztliche Versorgung im Freistaat zu sichern, müssen jährlich circa 55.000 Dienste mit Notärzten vorgehalten werden. In über 99 Prozent der Fälle ist das gelungen. Durch die von uns initiierten Fachforen konnte unter den Beteiligten ein größeres Gespür entwickelt werden, wie die einzelnen Versorgungssektoren ineinander greifen, miteinander vernetzt sind. Bei Krankenhäusern findet man so heute mehr Verständnis, dass Patienten bei einer zu frühen Entlassung in die ambulante Nachsorge häufig den Notarzt um Hilfe rufen. Wir haben unseren Einfluss auf Gestaltung und Struktur der notärztlichen Versorgung im Sinne der Versicherten verbessern können. Die Geschäftsstelle hat sich im Verlaufe der Zeit auch als Clearingstelle für unterschiedlichste Anliegen der Notärzte etabliert.

▼ **Ihr Resümee beschreibt ein engeres Miteinander der Akteure, ein Überwinden von Denkgrenzen. Wo sehen Sie noch Grenzen bei der Organisation der notärztlichen Versorgung?**

▲ Die Begrenztheit des Sicherstellungsauftrages liegt im gelebten Prinzip der freiwilligen Teilnahme am Notarzdienst. Die meisten Notärzte sind Mediziner in einem Anstellungsverhältnis mit einem Krankenhaus.

Sie leisten in ihrer Freizeit den Notarzdienst. Wir erleben gerade, wie sehr die notärztliche Versorgung darauf baut. Gäbe man die Freiwilligkeit auf, bliebe die hauptberufliche Notarztätigkeit als Alternative. Mediziner, die ausschließlich als Notarzt tätig werden wollen, stünden aber weder hier noch in einem anderen Bundesland in der dann notwendigen Anzahl zur Verfügung.

▼ **Bildet die Gewinnung von Notärzten heute die zentrale Herausforderung bei der Sicherstellung?**

▲ Die Einführung des DRG-Systems bei den Krankenhäusern hat die Situation in den letzten Jahren deutlich verändert. Kliniken versuchen, mit einem Minimum an Personal ein Maximum an abrechenbaren DRG-Pauschalen zu erreichen. Das bringt Konsequenzen für zusätzliche Aufgaben wie die notärztliche Versorgung. Die Krankenhäuser haben aus budgetären Gründen weniger Interesse, weil sie sich nicht über dieses Verrechnungssystem abbilden lässt. Die klinikangestellten Mediziner haben wegen der gestiegenen Arbeitsbelastung kaum noch Zeit, nebenher als Notarzt tätig zu sein. Parallel verzeichnen wir permanent steigende Einsatzzahlen für übernommene Fälle aus anderen Versorgungsbereichen. Notärzte werden beispielsweise zu chronisch Kranken gerufen oder begleiten Verlegungsfahrten von Patienten. Das sind Einsätze, wo zwar ein Arzt, aber meist kein Notarzt gebraucht wird. Dieser Trend muss gestoppt werden, sonst kollabiert das notärztliche System.

▼ **Welche Maßnahmen stellen Sie sich vor, um die notärztliche Versorgung in Sachsen weiterzuentwickeln?**

▲ Es braucht wieder eine stärkere Partnerschaft mit den Krankenhäusern. Die Notfallversorgung als Teilaufgabe eines Krankenhauses muss künftig neben der Notfallambulanz auch das Mitwirken am Notarzdienst in der Region beinhalten. Diese strukturelle Anforderung sollte in der nächsten Krankenhausrahmenplanung Berücksichtigung finden. Angesichts der Kompensationsaufgaben müssen wir kritisch hinterfragen, wann ein Notarzt zum Einsatz kommen soll, ob etwa der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung ausreichend eingebunden ist, das Krankenhaus seine Ärzte in geeigneter Weise einsetzt. Auf die Art bekämen wir eine neue Qualität und Quantität der vermittelten Einsätze. Der Notarzt könnte dann seiner eigentlichen Aufgabe, lebensbedrohliche Situationen abzuwenden, wieder besser nachkommen.

## Sächsische Rettungswagen in Tschechien?

### Zwischenstaatliche Vereinbarung geplant

Ein Krankenhaus in der Nähe bedeutet noch lange keine Sicherheit. Als ein deutscher Radfahrer im böhmischen Dolni Poustevna schwer stürzt, bringt ihn der dortige Rettungsdienst in die Klinik. Die liegt im 24 Kilometer entfernten Rumburk. Nach Operationen und Rehabilitation ist der Mann heute ein Pflegefall.

Die schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen des Sturzes hätten durch rechtzeitige Behandlung verringert werden können, sagen Mediziner. Das wäre machbar gewesen. Vom Unfallort sind es keine zwei Kilometer ins Krankenhaus Sebnitz auf deutscher Seite, hinter der Grenze.

Eigentlich stellt sie keine Hürde mehr dar. Die Menschen wechseln seit der Erweiterung der Europäischen Union ungehindert von einem Land ins andere. Euroregionen wie Erzgebirge-Krušnohoří oder Egrensis sind längst gemeinsame Wirtschafts- und Touristengebiete. Doch mit dem Wegfall des Schlagbaums blieben Schranken. Ein Grenzübertritt ist für tschechische Retter, und umgekehrt für deutsche, bei einem Notfall nicht möglich.

Das sächsische Innenministerium hat sich jetzt der Problematik angenommen. Federführend für Sachsen und Bayern, das ebenso eine gemeinsame Grenze mit Tschechien hat, sucht das Ministerium mit den grenznahen tschechischen Landkreisen um eine Lösung. Als Vorbild dienen dabei deutsch-fran-

zösische Abkommen zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst.

Mit den angestrebten Vereinbarungen soll die rettungsdienstliche Versorgung im grenznahen Raum verbessert und rechtlich abgesichert werden. Mitgeführte Medikamente, die als Suchtmittel gelten, müssen beispielsweise von internationalen Aus- und Einfuhrregelungen ausgenommen werden. Rettungsfahrzeuge

brauchen den gleichen Status auf dem Gebiet der anderen Abkommenseite wie einheimische Rettungsfahrzeuge. Die technischen Voraussetzungen, wie für den Funkverkehr, wollen aufeinander abgestimmt sein. Berufsständische Fragen, wie ein Notarzt in beiden Staaten tätig werden kann, suchen Antworten.

Zur Klärung von verwaltungs- und finanztechnischen Fragen wurde der vdek um beratende Mitarbeit gebeten. Die Landesvertretung sieht hierin die Möglichkeit, sinnvolle und wirtschaftliche Versorgungsstrukturen mitzugestalten.



Noch endet die Notfallrettung an der Landesgrenze

## Wartezeit für erstmalige Pflegegutachten gesunken

### Sachsen im Bundesdurchschnitt

Wer erstmals ein Pflegegutachten brauchte, musste 2009 im Freistaat weniger lange warten als 2008. Nach einer Statistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Sachsen (MDK) ging die Erledigungsdauer bei Anträgen auf ambulante Pflege von 44,8 Tagen auf 29,6 Tage zurück (Bundesdurchschnitt 30,9 Tage). Im Bereich der stationären Pflege reduzierte sich die Wartezeit von 28,1 Tagen auf 21 Tage (Bundesdurchschnitt 21 Tage).

Angesichts der demografischen Entwicklung und der erwarteten Zunahme der Anzahl von Pflegebedürftigen hatte der MDK in den letzten beiden Jah-

ren sieben neue Gutachter eingestellt. Diese erstellen im Auftrag der Pflegekassen Expertisen (sogenannte Pflegegutachten), um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln. Das geschieht bei einem Hausbesuch des Gutachters.

Nach einem Rückgang in den 1990er-Jahren sind die Antragszahlen in der Pflegeversicherung seit 2002 wieder im Steigen. Allein von 2008 zu 2009 nahm die Zahl der Anträge um drei Prozent zu. Damit wurden im letzten Jahr insgesamt 82.979 Anträge auf eine Begutachtung gestellt.

# Mammographie-Screening

## Bereitstellung der Einwohnermeldedaten verursacht ein Drittel der Kosten

Über die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen in Sachsen nutzt das Mammographie-Screening-Programm, mit dem Brustkrebs möglichst früh entdeckt werden soll. Rund 67 Prozent gehen zu der freiwilligen Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust (Mammographie). Die Teilnahme liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 54 Prozent.

Dem Vorsorgeprogramm droht im Freistaat jetzt eine Verteuerung. Grund für den Kostenanstieg ist die veränderte Bereitstellung der Melderegisterdaten. Auf deren Basis werden Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre zur Mammographie eingeladen.

Die Ersatzkassen erwarten für dieses Jahr Meldedatengebühren in Höhe von voraussichtlich 300.000 Euro. Das ist das Fünffache gegenüber den Vorjahren. Nächstes Jahr steht ein weiterer steiler Gebühreanstieg in Aussicht. Dann werden durch die Adressverwaltung ein Drittel der Kosten des Screening-Programms verursacht.

Das flächendeckende Mammographie-Screening wurde in Sachsen 2007 gestartet. Im Rahmen des Programms übermittelten anfangs die sächsischen Einwohnermeldeämter die benötigten Daten an eine zentrale einladende Stelle. Seit 2010 erfolgt die Bereitstellung über das Kommunale Kernmelderegister Sachsen. Das stellt deutlich höhere Kosten in Rechnung.

Nach Ansicht des vdek wird auf diese Art ein Datenverarbeitungssystem finanziert, das vorrangig für Gerichte, Polizeidienststellen und Staatsanwaltschaften geschaffen wurde. Es kann aber nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, die vereinfachte Verwaltung zwischen Behörden zu subventionieren.

Die Sächsische Staatsregierung sieht die Senkung der Brustkrebs-Sterblichkeit als eine Schwerpunktaufgabe sächsischer Gesundheitspolitik. Die Ersatzkassen erwarten, dass sie die Umsetzung dieses Vorhabens nicht durch höhere Verwaltungskosten beim Mammographie-Screening erschwert.

### KURZ GEMELDET

#### ■ Fast eine Million Euro für Selbsthilfearbeit

Die Krankenkassen in Sachsen haben im Jahr 2010 rund 938.000 Euro für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe im Freistaat zur Verfügung gestellt. Davon erhielten die Selbsthilfegruppen 471.000 Euro, die Landesverbände 336.000 Euro und die Selbsthilfekontaktstellen 131.000 Euro. Förderanträge für 2011 können bis zum 31.12.2010 bei den Kassen eingereicht werden.

#### ■ Ausbau der Pflegeberatung

Die flächendeckende Etablierung von regionalen Netzwerken der Pflegeberatung geht voran. Nachdem diese Beratungsstruktur in Chemnitz, Görlitz und Nordsachsen erfolgreich pilotiert wurde, wählten fünf weitere Regionen die Option: Erzgebirgskreis, Landkreis Leipzig, Landkreis Meißen, Landkreis Mittelsachsen und Vogtlandkreis.

#### ■ Hausarztzentrierte Versorgung

Der Sächsische Hausärzteverband hat als bundesweit letzter Landesverband die Ersatzkassen zum Abschluss einer Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung aufgefordert. Parallel beantragte der Verband direkt die Einleitung des Schiedsverfahrens.

#### ■ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung auch auf dem Lande

In Sachsen haben die gesetzlichen Krankenkassen inzwischen sechs Verträge zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV) abgeschlossen. Damit gibt es außer in den Großstädten die ersten Verträge im ländlichen Raum. Sie sichern die häusliche Versorgung Schwerstkranker in Dörfern und Kleinstädten Ost- und Westsachsens.

## Aktion „Perspektivwechsel“

### Für einen Tag Mitarbeiter im Dresdner Pflegeheim

In fremde Haut begab sich Peter Zerbinati, Referatsleiter Pflege der Landesvertretung. Einen Tag lang war er „Gastarbeiter“ im Dresdner Pflegeheim „Gorbitzer Hang“ des Arbeiter-Samariter-Bundes. Damit war für ihn alles anders als sonst. Anstelle Unterlagen zu lesen und Schriftstücke zu verfassen durfte er hochbetagte Bewohner beim Mittagessen füttern, sie mit dem Rollstuhl spazieren fahren, mit ihnen in den Laden um die Ecke einkaufen gehen. Oder einfach nur Gespräche führen.

Initiiert wurde die Aktion von den Liga-Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen. Abgeordnete des Sächsischen Landtages, Vertreter von Ministerien, Krankenkassen, Hochschulen und Medien tauschten den Schreibtisch gegen die praktische Arbeit in einer Sozialeinrichtung, um einen anderen Blick auf die Tätigkeit der Menschen zu erhalten, über die sie sonst Entscheidungen treffen.

„Beim „Perspektivwechsel“ erzählen Betroffene und nicht Akten. Man erlebt die Situation in einer ungewohnten Weise – emotionaler und mit dem Ergebnis des Verwaltungshandelns unmittelbar vor Augen“, sagt Peter Zerbinati, der sich um Altersverwirrte kümmerte. „Ich fand hier bestätigt, wie wichtig die Regelung war, für Demenzkranke zusätzliches Betreuungspersonal einstellen zu können. Die hilfreichen Dienste dieser Alltagsbegleiter werden von den Heimbewohnern dankbar angenommen. Sie sind ausgeglichener, was wiederum die Arbeit des Pflegepersonals erleichtert.“

Die Schicht im Pflegeheim habe auch Gelegenheit geboten, sich über Schwierigkeiten bei der Arbeit auszutauschen. Insbesondere Personalbemessung und Bürokratie wurden vonseiten der Mitarbeiter als Probleme herangetragen.

## Doch Berücksichtigung der Versorgungssituation?

### Zulassung von Krankenhäusern nach Paragraph 116b kann angefochten werden

Seit dem 2007 in Kraft getretenen Wettbewerbsstärkungsgesetz können Krankenhäuser unter vereinfachten Voraussetzungen Patienten ambulant behandeln. Der neu gefasste Paragraph 116b SGB V ermächtigt Kliniken zur Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen. Eine Bedarfsplanung, wie im niedergelassenen Bereich erforderlich, ist dabei nicht vorgesehen. Aus diesem Grund befürchten niedergelassene Ärzte mit gleichem Leistungsangebot Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der Krankenhäuser.

Ein Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts (AZ L1 KR 94 / 10 B ER) stärkt die Position der Niedergelassenen. Danach darf die betroffene stationäre Einrichtung nur noch nachweislich ausbehandelte Patienten weiter nach Paragraph 116b versorgen. Der Paragraph entfalte drittschützende Wirkung. Die vertragsärztliche Versorgungssituation sei zu berücksichtigen.

Ein niedergelassener Gynäkologe hatte gegen die Zulassung eines sächsischen Krankenhauses durch den Freistaat Sachsen zur Erbringung von Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen geklagt. Der im Umfeld der Klinik tätige Mediziner

sah sich durch die Konkurrenz im stationären Bereich existenziell bedroht.

Das LSG betont zugleich, dass auch die Krankenkassen berechtigt sind, eine Bestimmung zu Paragraph 116b SGB V anzufechten. Die Krankenkassen können die Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Krankenhausbehandlung im Wege der Drittanfechtung unmittelbar rügen. Den Vertragsärzten ist dieser direkte Einwand in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus hingegen verwehrt.

Der Ersatzkassenverband sieht in dem Urteil eine Chance, bei Fehlentwicklungen selbst tätig werden zu können. Das festgestellte eigene Klagerecht kompensiert für die Kassen die ihnen durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz entzogene Vertragskompetenz.

#### 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