

# report sachsen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

okt. 2006

# ersatzkassen

## Das Fallpauschalensystem im Krankenhaus

Zwei Jahre Landesbasisfallwert in Sachsen – Eine erste Einschätzung, wie alles begann... und einige Basisinformationen

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber für den Krankenhausbereich die Einführung eines durchgängigen pauschalierten Entgeltsystems beschlossen. Die Selbstverwaltung wählte im Jahr 2000 das Fallpauschalensystem als DRG-System (Diagnosis Related Groups) aus. Unter Berücksichtigung der in Deutschland zugrunde liegenden Gegebenheiten ist eine Ausrichtung am australischen DRG-System erfolgt. Bei der DRG-Systematik handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, bei dem diagnosebezogene Fallgruppen zusammengeführt und entsprechend des Ressourcenaufwands bewertet werden. Das deutsche DRG-System ist als „lernendes System“ konzipiert. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) nimmt die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung des Systems auf Basis der gelieferten Daten vor. Der DRG-Katalog wird jährlich neu justiert. Die Kalkulation erfolgt auf der Basis der Ist-Daten von Krankenhäusern. Derzeit nehmen ca. zehn Prozent der deutschen Krankenhäuser an der Kalkulation teil. Auf Sachsen bezogen ist der Anteil der Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen, höher. Im Jahr 2006 nehmen über 20 Prozent der sächsischen Krankenhäuser daran teil. Der Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalog umfasst zwischenzeitlich 913 DRG's und 40 bewertete Zusatzentgelte.

Seit dem Jahr 2003 konnten Krankenhäuser auf freiwilliger Basis auf das Fallpauschalensystem umsteigen. Von dieser Möglichkeit haben in Sachsen 57

### In dieser Ausgabe

- Der Kommentar: Was bringt die Gesundheitsreform?
- Titelthema: Zwei Jahre Landesbasisfallwert in Sachsen
- Aktuelles: Informationen zum Vertragsgeschehen
- Modelle: Das persönliche Pflegebudget

Krankenhäuser Gebrauch gemacht. Im Jahr 2004 erfolgte die verbindliche Einführung des DRG-Vergütungssystems. Die budgetneutralen Jahre 2003 und 2004 dienten sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen zum sammeln von Erfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem. Ursprünglich wurde die stufenweise Anpassung des hausindividuellen Basisfallwertes an den Landesbasisfallwert (Konvergenzphase) bis zum Jahr 2007 festgesetzt. Durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz im Dezember 2004 wurde die Konvergenzphase um zwei weitere Jahre verlängert. Die sog. „Scharfschaltung“ der DRG's erfolgt damit erst im Jahr 2010. Zusätzlich wurde eine Kappungsgrenze eingeführt, die Krankenhäuser mit sehr hohem Budget stufenweise an eine Preisanpassung heranführen soll. Die aktuelle Gesetzgebung regelt die länderbezogene Preisangleichung

bis zum Jahr 2010. Das Verfahren für den Zeitraum danach ist derzeit noch offen. Die Frage der Weiterentwicklung ab diesem Zeitpunkt wird bereits intensiv diskutiert. Der ordnungspolitische Rahmen soll im Jahr 2008 festgelegt werden.

### Der Landesbasisfallwert

Der Landesbasisfallwert bildet die Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen und dient der Berechnung der jeweiligen Krankenhausbudgets. Der Landesbasisfallwert ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationärer Fälle je Bundesland und damit ein wichtiger Indikator für die Kostensituation.

In der Konvergenzphase, d.h. in den Jahren 2005 bis 2009, wird das krankenhaushausindividuelle Budget an die Bewertung der Leistungen mit dem Landesbasisfallwert herangeführt. Das Budget wird entsprechend der jeweiligen Konvergenzstufe um einen festgelegten Prozentsatz des Unterschiedsbetrages entweder erhöht oder vermindert. Das bedeutet, dass die Budgets der Krankenhäuser, deren individuelle Basisfallwerte über dem

landesweiten Basisfallwert liegen, nach unten korrigiert werden und Krankenhäuser, die unter dem Landesbasisfallwert liegen, nach oben korrigiert werden. Nachdem die erstmalige Festlegung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2005 mit einigen Schiedsstellenverfahren in den einzelnen Bundesländern verbunden war, überwiegend im Jahr 2006 bundesweit die durch die Selbstverwaltung, d. h. die zwischen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf dem Verhandlungswege erzielten Einigungsergebnisse. Von 16 Bundesländern haben 13 eine Einigung realisieren können. Die Selbstverwaltungspartner in Sachsen haben im März diesen Jahres eine Einigung erzielt.

In der Grafik 1 sind die Landesbasisfallwerte der Jahre 2005 und 2006 der einzelnen Bundesländer dargestellt.

Prima vista sind deutliche Abweichungen zwischen den Landesbasisfallwerten feststellbar. Im Jahr 2005 war der größte Unterschied zwischen dem Bundesland Berlin und Mecklenburg-Vorpommern festzustellen. Im Jahr 2006 ist die Spreizung der Landesbasisfallwerte geringer.



Ulrike  
Elsner,  
Leiterin  
der Landes-  
vertretung  
Sachsen

## DER KOMMENTAR

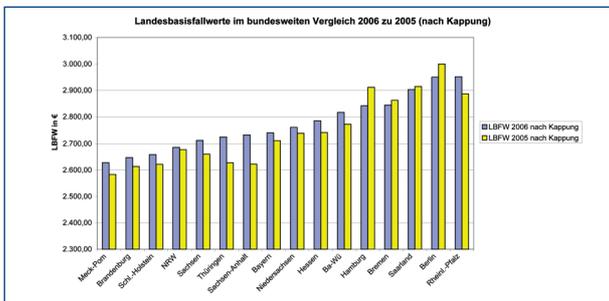
### Es ist nicht alles Gold, was glänzt!

Sicher haben Sie das auch schon einmal erlebt: An einem schönen Wochenende sind Sie unterwegs in der Natur. Das Wetter ist durchwachsen, mal scheint die Sonne, mal sieht es ein klein wenig nach Regen aus. Auf Ihrer Wanderung genießen Sie die schöne Landschaft und durchschreiten Höhen und Tiefen, Sie verlieren allerdings nie Ihr Ziel aus den Augen. Mitten in einer kurzen Sonnenscheinphase blitzt Ihnen auf dem Weg etwas entgegen. Hurra, denken Sie, vielleicht ist es diesmal ja wirklich Gold – oder sogar der Stein der Weisen!

Warum schreibe ich das. Das deutsche System der solidarischen Krankenversicherung kann auf eine lange Historie mit vielen auf und ab's zurückblicken. Es gab dabei nicht immer nur eitel Sonnenschein. Doch stets wurde eins nicht aus den Augen verloren: Eine solidarische Finanzierung und eine am medizinischen Fortschritt ausgerichtete Versorgung der Versicherten. Das System war immerhin so flexibel, verschiedene Gesellschaftsformen zu überstehen und zu einem weltweit beachteten und konkurrenzfähigen Modell zu werden. Angekommen im 21. Jahrhundert steht dieses System allerdings vor seiner wohl größten Herausforderung. Der Gesundheitsfonds blitzt uns entgegen, mit sehr viel Begleitmusik rundherum. Ist der Stein der Weisen nun tatsächlich gefunden? Sicherlich enthält der Gesundheitskompromiss auch positive Elemente. Aber bringt die Abkehr von einem selbstverwalteten, wettbewerbsorientierten und staatsfernen Gesundheitssystem hin zu einer Einheitskasse mit Staatsmedizin wirklich die Wendung hin zum Guten?

Ich habe da so meine Zweifel. Unter dem Deckmantel einer sog. Finanzreform wird ein versteckter Systemwechsel eingeleitet. Der einheitliche, vom Gesetzgeber bestimmte Beitragssatz, die Einrichtung eines gemeinsamen Dachverbandes der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und die Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses hin zu einer dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordneten Regulierungsbehörde, auf die der Staat massiv Einfluss nehmen kann und wird, zeichnen den Weg in die Einheitsversicherung vor. Diese Maßnahmen werden einhergehen mit deutlichen Verschlechterungen in der Versorgung der Versicherten. Diese zusätzlichen Belastungen sind ebenso wie die „Gesundheitsprämie“ dann ausschließlich vom Versicherten selbst zu tragen.

Für die Zukunft bedeutet das: Es ist nicht alles Gold, was glänzt! Oder anders ausgedrückt, bei allen notwendigen Reformbestrebungen sollten bewährte und funktionierende Strukturen und Einheiten nicht unnützlich zerschlagen werden. Besser ist es, den Weg der Optimierung des bestehenden Systems konsequent weiter zu beschreiten und zweifellos vorhandene Reserven auszuschöpfen. Also Evolution statt Revolution, statt Vereinheitlichung und Verstaatlichung mehr Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten. Damit sich nicht so manches Goldstück am Ende nur als Katzensgold entpuppt.



**Grafik 1: Landesbasisfallwerte im bundesweiten Vergleich**

**Wie lassen sich die Preisniveauunterschiede erklären ?**

Ein überdurchschnittlich hoher Landesbasisfallwert kann einerseits Ausdruck ineffizienter Strukturen und Abläufe von Krankenhäusern eines Bundeslandes, andererseits aber auch Ausdruck divergierender Schweregrade oder Fallzahlveränderungen, die durch die zu verteilenden Erlösbudgets hervorgerufen werden, sein. Des Weiteren bestehen erhebliche strukturelle Unterschiede in den einzelnen Bundesländern, insbesondere zwischen Stadtstaaten bzw. Ballungszentren und Flächenstaaten bzw. ländlichen Gebieten.

Der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert ist per se als leistungsspezifische Vergütungshöhe methodisch grundsätzlich als Messgröße der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses geeignet. Entscheidend ist bei dieser Betrachtungsweise jedoch, inwieweit der Fallpauschalenkatalog inkl. der Zusatzentgelte das vollständige Leistungsgeschehen eines Krankenhauses und den dafür notwendigen Ressourcenverbrauch vollständig und entsprechend differenziert darstellt.

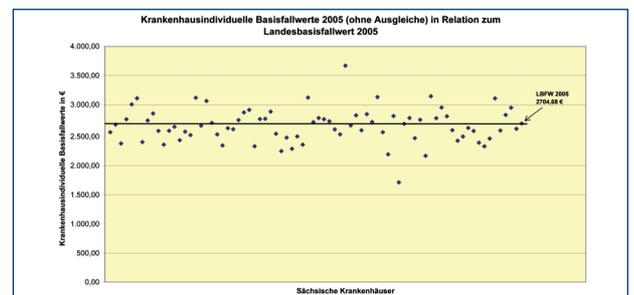
Eine McKinsey-Studie, in der 1.600 Akutkrankenhäuser in Deutschland analysiert wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass rund ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland zu den Verlierern des neuen Preissystems gehören, wobei kleinere Krankenhäuser vielfach wirtschaftlich erfolgreicher seien als große Kliniken. Die besten Zukunftsaussichten hätten, nach Einschätzung von McKinsey, heute spezialisierte Kliniken mit bis zu drei Fachrichtungen und rund 150 Betten, Allgemeinkrankenhäuser mit einem breiten Leistungsspektrum und 200 bis 400 Betten sowie Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung mit 500 bis 700 Betten. Immer mehr Kliniken würden heute immer kleinere Raumflächen in Anspruch nehmen sowie spezielle Verbundsysteme nutzen, um Synergien zu schaffen und den Wissenstransfer zu fördern.

**Wie stellt sich die Situation in Sachsen dar?**

Um die ökonomischen Anpassungsprozesse der Krankenhäuser einschätzen zu können, bilden die vereinbarten krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte auch in Sachsen einen guten Ansatzpunkt zur Betrachtung der

wirtschaftlichen Ausgangssituation eines Krankenhauses am Anfang der Konvergenzphase. Ein überdurchschnittlich hoher krankenhaushausindividueller Basisfallwert deutet darauf hin, dass das Krankenhaus für die erbrachten Leistungen ein höheres Budget benötigt, als im Landesdurchschnitt notwendig.

Die Entwicklung der krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte der nach DRG's abrechnenden Krankenhäuser in Sachsen im Vergleich zum Landesbasisfallwert, kann der Grafik 2 entnommen werden. In Sachsen liegen im Jahr 2005 ca. 44 % der Krankenhäuser mit ihrem hausindividuellen Basisfallwert über dem Landesbasisfallwert. Rund 56 % der sächsischen Krankenhäuser liegen im Vergleich mit ihrem hausindividuellen Basisfallwert unter dem Landesbasisfallwert und könnten derzeit als sog. Gewinner des DRG-Systems betrachtet werden. Auch im Jahr 2006 ist erkennbar, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. Es wird deutlich, dass der Anpassungsdruck, dem die sächsischen Kliniken unterliegen, Wirkung zeigt. Denn auf Dauer kann nur das Krankenhaus ökonomisch erfolgreich am Markt agieren, welches dem Landesbasisfallwert gerecht wird.



**Grafik 2: Vergleich krankenhaushausindividueller Basisfallwert zum Landesbasisfallwert**

Da noch nicht alle Budgetverhandlungen für das Jahr 2006 abgeschlossen sind, kann sich dieses Bild allerdings ggf. noch leicht verändern. Hieraus sich ergebende Schlussfolgerungen für die weitere Zukunft bezüglich der Gewinner-Verlierer-Komponente sind jedoch mit der nötigen Vorsicht zu bewerten, da das DRG-System jährlich weiter verfeinert wird und sich Jahr für Jahr teilweise beachtliche Verschiebungen ergeben können.

Die Krankenhäuser in Sachsen sind gegenüber einigen anderen Bundesländern durch die Vielzahl neuer bzw. teilsanierter Gebäude sowie neuester und modernster Technik in einer günstigen Ausgangslage. Insbesondere durch die gemeinsamen investiven Anstrengungen der vergangenen 15 Jahre von Bund, Land und Krankenkassen (Artikel 14 GSG 1993) ist es gelungen, eine moderne, leistungsfähige, patientennahe und flächendeckende Krankenhauslandschaft in Sachsen anzubieten. Allerdings wird sich insbesondere nach der Konvergenzphase ab 2010, wenn alle Krankenhäuser einen einheitlichen Landesbasisfallwert erhalten, entscheiden, welches Krankenhaus im Wettbewerb um die beste Patientenversorgung die Segel richtig gesetzt hat.

## SACHSENS KRANKENHAUSLANDSCHAFT IM ÜBERBLICK

In Sachsen gibt es derzeit 86 Krankenhäuser mit 27.601 Betten. Auf 10.000 Einwohner im Freistaat kommen 64,4 Betten, deutschlandweit sind es im Durchschnitt 63,5 Betten.

Pro Jahr werden rund 900.000 Fälle in den sächsischen Krankenhäusern behandelt. Die Patienten bleiben dabei im Durchschnitt rund 8,7 Tage im Krankenhaus, deutschlandweit sind es im Durchschnitt 8,6 Tage.

In den sächsischen Krankenhäusern arbeiten rund 6.700 Beschäftigte als ärztliches Personal und rund 38.500 Beschäftigte als nichtärztliches Personal.

Die größten privaten Betreiber im Freistaat sind der Helios-Konzern mit sieben Häusern, die bayerische Rhön AG mit fünf Häusern, die hessische Asklepios-Kette mit vier Häusern sowie die Paracelsus-Kette aus Osnabrück mit drei Häusern.

## Wer muss noch lernen im G-DRG-System?

Interview mit Dr. Ulf Sengebusch, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)



Dr. Ulf Sengebusch,  
Geschäftsführer des Me-  
dizinischen Dienstes der  
Krankenversicherung

Im Jahr 2004 wurde das pauschalierte Entgeltsystem im Krankenhausbereich verbindlich eingeführt. Heute liegen die German Diagnosis Related Groups (G-DRG) der Abrechnung des überwiegenden Teils der Krankenhausleistungen zugrunde. Für die Krankenhäuser und Krankenkassen hat sich durch die Neueinführung des G-DRG-Systems viel geändert, vor allem was die Codierung und Abrechnung von Krankenhaufällen betrifft. Gerade von Seiten des Gesetzgebers wird dabei immer wieder darauf hingewiesen, dass es sich bei dem neu eingeführten DRG-

System um ein lernendes System handelt.

Die Krankenkassen sind nach § 275 Abs. 1 SGB V verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Dr. Ulf Sengebusch, Geschäftsführer des MDK Sachsen berichtet über die Erfahrungen des Medizinischen Dienstes mit dem Abrechnungsgeschehen nach Einführung der DRG's.

▼ **VdAK/AEV: In welchem Umfang wird der MDK beratend tätig und hat sich dieser Umfang in den letzten Jahren geändert?**

▲ Dr. Ulf Sengebusch: Die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes kann im Wesentlichen in drei Säulen geteilt werden. Das sind zum Einen die Einzelfallbegutachtungen nach § 275 SGB V, zum Anderen die Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG. Dazu kommt der sehr umfangreiche Teil der nicht einzelfallbezogenen Beratung der gesetzlichen Krankenkassen. Sowohl einzelfallbezogene Prüfungen als auch der Beratungsaufwand haben in den letzten Jahren enorm zugenommen. Im Jahr

2004 prognostizierten wir ca. 80.000 Einzelfallprüfungen pro Jahr und können heute mit der stolzen Zahl von mehr als 125.000 Einzelfallprüfungen aufwarten. 2005 lag der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausleistungen bei 49 %. Dementsprechend hoch ist das Interesse unserer Träger an zielgerichteter Beratung zu diesem Sachverhalt. Wir schulen mit großem Engagement Sachbearbeiter im Rahmen einer jährlich aktualisierten DRG-Co-dierwerkstatt im MDK Sachsen. Dabei stehen ausgewählte fachspezifische Prüfungsaspekte im Vordergrund. Im direkten Kontakt mit dem Sachbearbeiter bemühen wir uns um einzelfallbezogene Beratung im Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Fallberatung.

Über sachbezogene Gutachten nehmen wir Stellung zu den medizinischen Leistungsinhalten bestimmter Prozeduren und spezieller Zusatzentgelte. Für das Jahr 2006 wurde das Projekt „DRG-Progress 2006“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, der Fachebene der auftraggebenden Krankenkassen Werkzeuge zur Optimierung der DRG-Fall-Auswahl an die Hand zu geben und die Qualität der DRG-Fall-Auswahl zu optimieren.

▼ **Wie spielt sich der Abstimmungsprozess der Krankenkasse – MDK – Krankenhaus im MDK Sachsen ab?**

▲ Schon frühzeitig konnte in Sachsen die Entscheidung getroffen werden, zum Thema DRG einen ständigen Arbeitskreis einzurichten. So finden die Abstimmungen zwischen Krankenkassen und MDK in regelmäßigen Abständen und zu immer wieder neuen Problemen statt. Zusätzlich zu diesen überregionalen Absprachen finden ständig thematische Abstimmungen zwischen den Leitern der Beratungs- und Begutachtungszentren in den Regionen und den zuständigen Mitarbeitern in den Fachbereichen der Krankenkassen statt. Kristallisieren sich in diesen Besprechungen Probleme heraus, werden sie jeweils vor Ort mit Vertretern



Operationen werden bereits seit mehr als zwei Jahren nach DRG's abgerechnet

der Krankenhäuser diskutiert und einer Lösung zugeführt. Den Einzelfall betreffende fachliche Standpunkte, die einer Klärung bedürfen, können am besten direkt im Krankenhaus mit den ärztlichen Kollegen geklärt werden.

Dazu begeben sich die Gutachter des MDK vor Ort und arbeiten gemeinsam mit den Krankenhausärzten am konkreten Fall. Zur Klärung organisatorischer Fragen finden in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen auch Gespräche zwischen MDK-Vertretern und Vertretern großer Kliniken oder Trägerverbände statt.

▼ **Das DRG-System hat nun seinen ersten Probe-lauf hinter sich. Was hat sich geändert? Hat das System gelernt? Reduziert sich der Prüfaufwand und hat sich der Charakter der vorgelegten Fälle in der letzten Zeit geändert?**

▲ Man kann der Aussage nur zustimmen, dass es sich beim DRG-System noch immer um ein lernendes System handelt. Der Prüfaufwand hat sich in den letzten Jahren grundsätzlich in keiner Weise reduziert. Noch immer besteht ein relativ gleichbleibendes Maß an Fehlcodierungen im System. Allerdings sind DRG-Codierfehler immer weniger offensichtlich. Die jährliche Anpassung des DRG-Codiersystems macht im Gegenzug die Aktualisierung der Aufgreifkriterien für Fehlcodierungen unverzichtbar. Aus sächsischer Sicht spielt der Prozess der ständigen „gegenseitigen Schulung“ aller im System Beteiligten eine wichtige Rolle. Nur eine intensive Vorberatung kann die relevanten

Fälle herausfiltern. Ein pauschales Urteil zur Qualität der DRG-Codierung in den verschiedenen Krankenhäusern kann nicht abgegeben werden. Hier stellt sich ein sehr differenziertes Bild dar, was wahrscheinlich auf die noch immer laufende Übergangsphase zurückgeführt werden kann.

▼ **Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit der im System beteiligten Partner?**

▲ Verbesserungen würden wir uns noch in vielerlei Hinsicht wünschen. Zur Erhaltung einer größtmöglichen Transparenz muss die Differenzierung und Komplexität des G-DRG-Systems begrenzt werden. Nur so können die erbrachten Leistungen nachvollziehbar bleiben. Zur Vermeidung unnützer Bürokratie würden wir uns ein standardisiertes und schlank aufgestelltes Dokumentationssystem für alle Krankenhäuser wünschen. Daraus würde sich noch mehr Zeitnähe im Prüfgeschehen ableiten lassen. In der Zusammenführung von Informationen ist ein noch effizienterer Informationstransfer, z. B. durch direkten elektronischen Datenaustausch oder die zur Verfügung Stellung elektronischer Patientenakten durch die Krankenhäuser, in jedem Falle sinnvoll. Aber das ist sicherlich ein Wunsch aller im System Beteiligten.

Für die tägliche Zusammenarbeit zwischen MDK-Gutachter und Kassensachbearbeitern kann das Ziel nur eine Optimierung der Fallauswahl sein. Die Nutzung ständig adaptierter Kataloge für die Aufgreifkriterien und eine optimierte Fallaufbereitung schon vor der sozialmedizinischen Fallberatung, sind ein weiteres Potential für Verbesserungen. Nicht zuletzt bleibt abzuwarten, welche Wirkungen durch das nahende GKV-Wettbewerbs-Verstärkungs-Gesetz eintreten. In manchen Bereichen ist eine Neujustierung der Zusammenarbeit dann sicherlich notwendig.

## Aktuelles aus dem Vertragsgeschehen

# DMP Brustkrebs jetzt auch in Sachsen

## Optimale Behandlung und umfassende Betreuung für erkrankte Frauen

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Jährlich erkranken daran rund 46.000 Frauen, davon allein in Sachsen ca. 2.000 bis 2.500.

Den Ersatzkassenversicherten steht nunmehr auch im Freistaat Sachsen ein qualifiziertes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Programm, DMP) zur Verfügung. In die Versorgung der Patientinnen eingebunden sind neben den niedergelassenen Fachärzten auch spezialisierte sächsische Krankenhäuser ebenso wie entsprechende

Selbsthilfeorganisationen. Dieses umfassende Leistungsangebot wird zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen führen.

Mit dem DMP Brustkrebs werden vielfältige Ziele verfolgt. So wird die Patientin zukünftig im gesamten Behandlungsprozess begleitet, um durch patientenorientierte und qualitativ gesicherte Informationen aktiv am Behandlungsprozess mitwirken zu können. Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin spielt dabei eine entscheidende Rolle. Er oder sie koordiniert die

Abstimmung zwischen Krankenhaus, anderen Fachärzten und dem Therapeuten. Um zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patientin beizutragen, werden spezielle Beratungs- und Unterstützungsangebote auch im psychosozialen Bereich unterbreitet sowie eine umfassende Nachsorge sowohl im physischen als auch im psychischen Bereich angeboten.

Eine wichtige Rolle im DMP Brustkrebs nimmt auch die ständige Verbesserung des operativen Standards ein, insbesondere mit Blick auf die Erhöhung des Anteils brusterhaltender Operationen.

Die Einschreibung in das DMP Brustkrebs ist sowohl für Ärzte als auch für die Patientinnen freiwillig. Das DMP Brustkrebs basiert auf Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im

Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet wurden und bundesweit Anwendung finden. Derzeit nehmen rund 80 Gynäkologen sowie 20 spezialisierte Krankenhäuser in Sachsen am DMP Brustkrebs teil. Damit ist bereits eine flächendeckende Versorgung in Sachsen gewährleistet. Die Zahl der teilnehmenden Gynäkologen wird in den kommenden Wochen stetig zunehmen. Die Inhalte des DMP Brustkrebs unterliegen hohen Qualitätsansprüchen, die regelmäßig überprüft werden.

In Sachsen gibt es neben dem DMP Brustkrebs noch weitere strukturierte Behandlungsprogramme. So wurden 2004 bereits das DMP Diabetes Mellitus Typ 2 sowie 2005 das DMP Koronare Herzkrankheiten erfolgreich als qualitätsorientierte Behandlungsprogramme etabliert.

## Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Sachsen

Seit mehr als zwei Jahren fordert die Debatte um Ärztemängel bzw. drohenden Ärztemangel im ambulanten hausärztlichen Sektor die sächsischen Akteure im Gesundheitswesen. Die Ursachen für den Ärztemangel in einigen ländlichen Regionen Sachsens sind vielschichtig. Die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte sowie ein sinkendes Interesse der Medizinstudenten an einer eigenen Niederlassung als Hausarzt sind nur zwei Beispiele aus einer ganzen Reihe von Gründen.

Besonders in den strukturschwachen und ländlichen Regionen Sachsens besteht die Gefahr, dass es zu einem „Aussterben“ der Allgemeinmediziner kommt, wenn in den kommenden Jahren mehr und mehr Ärzte aus Altersgründen ausscheiden und keine Nachfolger die Praxen übernehmen. Der Landkreis Torgau-Oschatz ist in dieser Hinsicht ein positives Beispiel dafür, wie Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen unter Beteiligung des Sozialministeriums die Probleme lösen können. Neben kurzfristigen Maßnahmen wie der finanziellen Förderung der Ärzte, wurden auch Maßnahmen beschlossen, die ihre Wirkung mittel- und langfristig entfalten sollen. Dazu gehört u. a. sowohl die Förderung von Studenten als auch von Weiterbildungsassistenten.

So einigten sich Ärzte und Krankenkassen im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf eine gemeinsame finanzielle Unterstützung von Studenten während des Praktikums im ländlichen Raum. Ziel ist es, Medizinstudenten der Universität Leipzig in den Praktika mit der Arbeit in hausärztlichen Praxen der Region Torgau-Oschatz vertraut zu machen und sie für eine spätere Tätigkeit in ländlichen Regionen zu interessieren. Gezahlt werden Fahrtkosten zur hausärztlichen Praxis und

eine Pauschalvergütung für die Tätigkeit in der Praxis während der Famulatur bzw. im praktischen Jahr. Die Förderung beginnt mit dem Herbstsemester 2006.

Als weitere Maßnahme erfolgte eine Einigung dahingehend, dass Ärzte nach Abschluss ihres Studiums in der Weiterbildungsphase zur Erlangung der Qualifikation eines Facharztes für Allgemeinmedizin zusätzliche Fördermittel erhalten können. Und zwar dann, wenn sie ihre ambulante Weiterbildung in einer von Unterversorgung bedrohten Region absolvieren und nach Abschluss der Weiterbildungszeit für mehrere Jahre in einer solchen Region tätig sind. Die Förderung der Weiterbildungsassistenten beträgt 600,00 Euro pro Monat zusätzlich. Die konkreten Rahmenbedingungen werden derzeit noch abgestimmt.

Neben diesen Modellen, die auf die finanzielle Unterstützung während des Studiums und der Weiterbildungszeit ausgerichtet sind, wurden für den Planungsbereich Torgau-Oschatz sowie die Gemeinden Rosswein, Mochau, und die Stadt Döbeln aufgrund einer aktuell drohenden hausärztlichen Unterversorgung besondere Fördermaßnahmen gemäß § 105 SGB V beschlossen:

- Förderung der Übernahme eines bestehenden Hausarztesitzes mit einer Investitionspauschale in Höhe von max. 60.000 Euro,
- Förderung einer Praxisneugründung mit einer Investitionspauschale von max. 30.000,00 Euro und einem zinslosen Darlehen von ebenfalls max. 30.000,00 Euro,
- Förderung der Neueinrichtung einer Zweigpraxis mit max. 7.000 Euro,
- fallzahlabhängige Bonuszahlung für Hausärzte in den betroffenen Regionen.

## Neue Perspektiven für die häusliche Pflege

Seit mehr als 10 Jahren ist die Pflegeversicherung ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil unseres sozialen Sicherungssystems. Zieht man eine Bilanz, kann die Pflegeversicherung auf beachtliche Erfolge verweisen. So erhalten derzeit rund zwei Millionen Menschen Leistungen zur Sicherstellung ihrer Pflege im ambulanten und stationären Bereich. Auch nachhaltige Verbesserungen in der Pflegeinfrastruktur sind zweifellos positiv zu bewerten.

Blickt man auf die Entwicklung der letzten Jahre, ist eine Zunahme der Leistungsempfänger – und dies insbesondere in der stationären Pflege – zu verzeichnen. Prognosen der Rürup-Kommission gehen bei konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit von 2,13 Mio. Pflegebedürftigen 2010 und bereits 2,64 Mio. im Jahre 2020 aus. Das weitere Anwachsen des seit 1999 bestehenden, weitgehend auf stagnierende bzw. wegbrechende Einnahmen zurückzuführenden Ausgabenüberschusses in der sozialen Pflegeversicherung, konnte mit dem zum 01.01.2005 in Kraft getretenen Kinder-Berücksichtigungsgesetzes (KiBG) etwas abgeschwächt, aber nicht verhindert werden. Aus diesen Fakten lässt sich unschwer erkennen, dass es erheblicher Anstrengungen bedarf, die soziale Pflegeversicherung so zu gestalten, dass sie auch künftig einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung der Pflege leisten kann.

Diese Herausforderung beinhaltet auch in besonderem Maße das Beschreiten neuer Wege. Für die Spitzenverbände der Pflegekassen bietet § 8 Abs. 3 SGB XI die Möglichkeit der Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

### Das persönliche Pflegebudget



Trotz Pflegebedürftigkeit ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben führen.

Einen Schwerpunkt bildet hier u. a. die Erprobung eines personenbezogenen Pflegebudgets. Das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“ ist ein wesentlicher Bestandteil des Modellprogrammes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und wird in sieben Modellregionen durchgeführt. Im Freistaat Sachsen ist der Landkreis Annaberg beteiligt. Projektnehmer ist die „Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung e. V.“ an der Evangelischen Fachhochschule

Freiburg. Das Projekt steht unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die Funktion der Koordinierungsstelle für die Spitzenverbände der Pflegekassen wird von der Verbandsgeschäftsstelle des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) wahrgenommen. Die wissenschaftliche Begleitung obliegt einem Forschungsverband unter Beteiligung des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) und dem Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS).

Ausgangspunkt für das 2004 gestartete und bis 2008 ausgelegte Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“ waren sowohl Wünsche und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als auch die Frage der künftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Eine bedeutsame Neuerung ist die Möglichkeit für den einzelnen Projektteilnehmer, sich im Umfang des Anspruches auf Pflegesachleistungen (Pflegestufe I 384,00 EUR, Pflegestufe II 921,00 EUR, Pflegestufe III 1.432,00 EUR) Unterstützungen einzukaufen, die auf seinen ganz individuellen Hilfebedarf abgestimmt sind. Mit dieser Flexibilisierung können auch Leistungen in Anspruch genommen werden, die innerhalb der jetzigen relativ starren Angebote in Form von Leistungskomplexen nicht zur Verfügung stehen. Dies bietet auch die Möglichkeit, pflegende Angehörige zu entlasten und eine Heimaufnahme zu vermeiden oder aber hinauszuzögern. Darüber hinaus müssen die im Rahmen des persönlichen Budgets in Anspruch genommenen Leistungen nicht zwingend von zugelassenen Pflegediensten erbracht werden.

### Case Manager als Lotse

Im Rahmen des Modellprojektes stehen den Teilnehmern Case Manager zur Verfügung. Diesen kommt eine entscheidende Rolle bei der Durchführung des Projektes zu. Einerseits beraten und unterstützen sie die Pflegebedürftigen bei der Auswahl der Hilfen für Pflege und Betreuung. Andererseits bieten sie Gewähr für die Sicherstellung der Qualität aus fachlicher Sicht.

### Fragen und Antworten

Mit der Durchführung des Modellprojektes sollen auch Antworten auf vielfältige Fragen gefunden werden:

- Wie kann die Pflege und Betreuung sichergestellt werden, wenn der Pflegemarkt partiell dereguliert wird?
- Welchen Einfluss hat ein persönliches Budget auf die Pflege- und Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger?

- Stimuliert das persönliche Pflegebudget gemischte Pflegearrangements, auch unter Beteiligung bürgerschaftlichen Engagements?
- Wie kann dem Missbrauch von Leistungen der Pflegeversicherung vorgebeugt werden?

Derzeit ist festzustellen, dass die Zahl der Teilnehmer am Projekt noch nicht den Erwartungen entspricht. Die Anstrengungen sind deshalb darauf zu richten, weitere Pflegebedürftige und Angehörige für eine Teilnahme zu interessieren. Je näher ihre Zahl den vorgesehenen 800 Budgetteilnehmern kommt, umso verlässlicher sind letzten Endes die Ergebnisse.

In der Öffentlichkeit findet die Thematik „Persönliches Pflegebudget“ große Aufmerksamkeit. Namhafte Vertreter aus der Gesundheits- und Sozialpolitik, von Wohlfahrtsverbänden und Pflegekassen sowie Kommunalpolitiker bekunden ihre Zustimmung zu dem Projekt. Auf mehreren Symposien berichteten pflegebedürftige Projektteilnehmer über ihre positiven Erfahrungen.

Bereits die ersten Ergebnisse und Auswertungen zeigen, dass das persönliche Pflegebudget für viele pflegebedürftigen Menschen bessere Chancen bietet, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld zu führen.

## Ersatzkassen unterstützen und fördern ambulante Hospizarbeit in Sachsen



Im Gespräch: Ulrike Elsner, Leiterin der Landesvertretung, Ulrike Lewe, Vorstand Hospiz Verein Leipzig e. V. und Ingrid Pawlick, Vorsitzende des Sächsischen Hausärzterverbandes e. V. (v. l. n. r.)

Die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen stehen im Mittelpunkt der Arbeit in den ambulanten Hospizen. Ziel der ambulanten Hospizarbeit ist es, sterbenden Menschen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum En-

de zu ermöglichen. Das Engagement der ehrenamtlichen Sterbebegleiter ist dabei nicht hoch genug einzuschätzen.

Während eines Besuchs des Hospiz Vereins Leipzig e. V. dankte die Leiterin der Landesvertretung, Ulrike Elsner im Namen der Ersatzkassen und ihrer Verbände gemeinsam mit der Landtagsabgeordneten Christine Clauß und der Vorsitzenden des Sächsischen Hausärzterverbandes, Ingrid Pawlick, dem

Vorstand und den MitarbeiterInnen des Hospizes für ihre so wichtige gesamtgesellschaftliche Arbeit in den zurückliegenden Jahren.

Ein Ausdruck der Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit in den Hospizen ist die umfangreiche finanzielle Unterstützung durch die Ersatzkassen und ihre Verbände. In diesem Jahr erhielten 24 ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen einen Zuwendungsbescheid über die Förderung der ambulanten Hospizarbeit. Insgesamt wurden rund 245.000,00 Euro zur Verfügung gestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Steigerung von fast 15 %. Die Gelder werden vornehmlich für die Qualifizierung der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der ambulanten Hospizdienste eingesetzt. Erstmals wurden 2002 in Sachsen Fördergelder ausgeschüttet. Damals waren es 13 ambulante Hospizdienste, die von den Ersatzkassen und ihren Verbänden mit rund 112.000,00 Euro gefördert wurden.

Im zurückliegenden Jahr haben 961 ehrenamtliche HospizmitarbeiterInnen rund 1.500 sterbende Menschen in ihrem häuslichen Umfeld begleitet. Vielen der schwer kranken Patienten, aber auch deren Familien, bleibt durch die wichtige und anspruchsvolle Arbeit der Hospizdienste in der letzten Lebensphase die häusliche Geborgenheit erhalten.

### IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des VdAK/AEV  
 Glacisstraße 4 · 01099 Dresden  
 Telefon: 03 51 / 8 76 55-0 · Telefax: 03 51 / 8 76 55-43  
 E-Mail: LV\_Sachsen@vdak-aev.de  
 Verantwortlich: Ulrike Elsner · Redaktion: Holger Kuschel