

# report sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

März 2011

# ersatzkassen

## Reform der sozialen Pflegeversicherung Paritätische und solidarische Finanzierung erhalten

**Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler will in diesem Jahr die Pflege reformieren. Dazu gehört die Absicht, eine individualisierte Kapitaldeckung bei der Pflegeversicherung einzuführen.**

Die Gesetze der Gesundheitsreform waren kaum verabschiedet, da kündigte der Bundesgesundheitsminister an, 2011 solle zum Jahr der Pflege werden. Noch läuft die Bestandsaufnahme, am Ende aber erwartet die Versicherten eine Reform der Finanzierung, deren Richtung der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP vorgibt.

Die Pflegeversicherung war 1995 als „fünfte“ Säule der sozialen Sicherung eingeführt worden. Sie wurde so angelegt, dass sie im ambulanten Bereich ergänzende Leistungen zur pflegerischen Versorgung und bei stationärer Pflege finanzielle Hilfen zur Verfügung stellt. Inzwischen finanziert die Pflegeversicherung Leistungen für rund 2,4 Millionen Menschen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 brachte eine erste Überarbeitung der Pflegeversicherung, um den wandelnden Bedürfnissen der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen besser Rechnung zu tragen. Zusätzliche Betreuungskräfte für

### In dieser Ausgabe:

- **Krankenhausthygiene:**  
Gesetzesinitiative gestartet
- **Demografiefaktor:**  
Keine Antwort für sächsische Probleme
- **Sozialwahlen:**  
Versicherte bestimmen mit
- **Krankenhaus:**  
Preise für 2011 festgelegt
- **vdek-Zukunftspreis:**  
Wohngemeinschaftsprojekt prämiert

Demenzkranke oder etwa die Option der Pflegestützpunkte gehen darauf zurück.

Jetzt, drei Jahre später, ist wiederum eine Reform geplant. Dabei steht die Pflegeversicherung vor diesen Herausforderungen:

Beim Pflegebedürftigkeitsbegriff muss dringend der Paradigmenwechsel vollzogen werden. Handlungsbedarf sah schon Röslers Vorgängerin im Amt. Pflegebedürftigkeit soll sich nicht mehr allein am körperbezogenen Unterstützungsbedarf orientieren. Alltagskompetenz und die Teilhabe am so-

zialen Leben brauchen eine stärkere Berücksichtigung, um mehr Betroffene von den Leistungen der Pflegeversicherung profitieren zu lassen.

Hinzu kommt die Alterung der Bevölkerung, die mit einer wachsenden Zahl der über 80-Jährigen einhergeht. Vor allem in diesem Alter werden Pflegeleistungen in Anspruch genommen. Insbesondere Demenzerkrankungen stellen eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit von Hochbetagten dar.

Diese Veränderungen bewirken, dass künftig mehr Leistungen benötigt werden und andere Leistungen in den Vordergrund rücken. Bezieht man die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgeschriebene regelmäßige Dynamisierung von Leistungen ein, ist der zusätzliche Finanzierungsbedarf absehbar.

Beim Ausbau der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung muss berücksichtigt werden, dass ihre bewährten Strukturprinzipien „paritätisch“

und „solidarisch“ erhalten und gestärkt werden. Neben einer zukunftsfesten Einnahmehasis muss die effiziente Verwendung der Mittel wichtigste Maxime sein.

Bevor andere Systematiken zur Finanzierung in Erwägung gezogen werden, sind zunächst bestehende Möglichkeiten auszuschöpfen. Ohnehin sind kurzfristige Maßnahmen wie die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht über längerfristig angelegte Rücklagenmodelle zu finanzieren. Hierfür sind nach Auffassung der Ersatzkassen angemessene Beitragssatzerhöhungen und der Finanzausgleich zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung Mittel der Wahl.

Zur Finanzierung darüber hinausgehender zukünftiger Herausforderungen könnte ergänzend eine Nachhaltigkeitsreserve aufgebaut werden. Diese müsste innerhalb des umlagebasierten Systems der sozialen Pflegeversicherung entstehen.



Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung in Sachsen

## DER KOMMENTAR

### Vorschriften auch konsequent umsetzen

Haben deutsche Krankenhäuser ein Hygieneproblem? Durch zunehmende Infektionen und negative Schlagzeilen in jüngster Vergangenheit, steht das Thema „Hygiene im Krankenhaus“ nicht ohne Grund auf der Agenda des Gesetzgebers. Mit Ausnahme der Niederlande ist die Situation nach Aussagen des Berliner Max-Planck-Institutes für Infektionsbiologie in ganz Europa besorgniserregend.

Das Hauptproblem sind sogenannte multiresistente Bakterien (MRSA), die nicht mehr auf gängige Antibiotika ansprechen. Betroffen sind vor allem ältere Menschen und Patienten nach schweren Operationen. Gesunden Menschen bereiten diese Bakterien üblicherweise keine Probleme.

Ein Großteil der Bevölkerung trägt sie in sich, ohne etwas davon zu merken. Ein wichtiges Mittel, um die Verbreitung der Keime und fast jede dritte Infektion zu verhindern, ist die Hygiene.

Mit einem Krankenhaus-Hygienegesetz sollen verstärkt krankenhaushygienische Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen durchgesetzt werden. Diese Absicht begrüßen die Ersatzkassen. Denn Krankenhaushygiene wird – bundesweit betrachtet – bislang in den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsverfahren stiefmütterlich behandelt.

Die Ersatzkassen befürworten das Anliegen, die wichtigen Themen Krankenhaus-Hygiene und antibiotikabedingte Resistenzen aufzugreifen und Verbesserungen herbeizuführen. Eine unkontrollierte Gabe von Antibiotika kann zu Resistenzen führen.

Ein Umdenken im Umgang mit Antibiotika ist erforderlich. Es reicht nicht aus, wenn sich nur einzelne Krankenhäuser dem Problem stellen. Einmal infizierte Patienten können die Infektionen von Klinik zu Klinik tragen und das Problem verstärken.

Erfreulich ist, dass Sachsen zu einem der wenigen Bundesländer gehört, welches seit über 10 Jahren die jetzt geforderten Strukturen bereits in einer speziellen Hygieneverordnung geregelt hat. Eine gute Hygienequalität zu gewährleisten und regelmäßig einer Prüfung zu unterziehen, wurde im Freistaat schon wesentlich früher erkannt und eingeführt. Jedes Krankenhaus hält eine Hygienefachkraft oder einen Krankenhaushygieniker vor. Gemeinsam mit einem hygienebeauftragten Arzt werden Hygienepläne kontrolliert und überwacht. Ebenso gibt es in sächsischen Krankenhäusern sogenannte „Hygienekommissionen“, welche sich mit „grundsätzlichen krankenhaushygienischen Angelegenheiten“ befassen.

Ein Mangel an Vorschriften zur Hygiene im Krankenhaus besteht nicht. Verfahren und Prozesse sind detailliert vorgeschrieben. Sie müssen allerdings ebenso konsequent umgesetzt werden und zwar 24 Stunden am Tag, gepaart mit einer hohen Arbeitsverdichtung im klinischen Bereich. Nur dann lassen sich wirklich bessere Erfolge dauerhaft erreichen und sichern.

# Krankenhaushygiene verbessern:

## 40.000 Tote sind zu viel!

Von Jens Ackermann, MdB

In Deutschland sterben fast zehnmal so viele Menschen durch mangelnde Krankenhaushygiene als im Straßenverkehr. Dieser Zustand ist eine Zumutung für die Menschen in unserem Land. Es kann nicht angehen, dass zigtausende Menschen sterben, nur weil es an notwendigen Hygienestandards für Krankenhäuser und Pflegeheime mangelt. Wir können den Menschen nicht länger zumuten, dass sie unter Umständen kränker aus dem Krankenhaus kommen, als sie hineingegangen sind.

Gemeinsam mit dem Krankenhausexperten der FDP-Fraktion, Lars Lindemann, habe ich deshalb Eckpunkte für eine verbesserte Hygiene erarbeitet. Diese hat die Bundesregierung in Teilen aufgegriffen und einen entsprechenden Gesetzesvorschlag unterbreitet.

Denn für uns ist klar: Die Infektionen mit gefährlichen Keimen führen zu Leid für die Betroffenen und verursachen erhebliche ökonomische Belastungen für die Solidargemeinschaft der Versicherten und den Arbeitsmarkt: Geht man von durch Infektionen zusätzlich benötigten 8,5 Krankenhaustagen pro Betroffenen im Schnitt aus, welche geschätzt je 331,49 Euro kosten, könnten allein 859.387.820 Euro gespart werden.

Das größte Problem sind die multiresistenten Keime, denn sie sind nahezu unbehandelbar.

Wer infiziert ist, leidet – oft über Jahre – oder stirbt. Viele Menschen haben diese Keime auf der Haut, doch zur Gefahr werden sie erst bei den Kranken und Schwachen. Um die Infektionen künftig besser in den Griff zu bekommen, wollen wir Risikogruppen definieren. Patienten, die besonders von einer Besiedlung durch die gefährlichen Keime betroffen sein können, sollen künftig vorab auf die gefährlichen Bakterien untersucht werden. Wird ein Befall erkannt, müssten sie dann isoliert und sorgfältig behandelt werden. Denn nur so kann die Gefahr gebannt werden, dass die Keime in Krankenhäuser eingeschleppt und andere Patienten gefährdet werden.

Das das möglich ist, zeigen die Niederlande: Während in Deutschland die gefährliche Keim-Mutante MRSA über zwanzig Prozent aller isolierten Keime dieser Art ausmacht, ist es in unserem Nachbarland unter einem Prozent. Das ist eine

Katastrophe. Für Lindemann und mich ist klar: Angesichts der erheblichen Gefahren von MRSA- und anderen Infektionen ist ein standardisiertes Erfassungs-, Informations- und Meldeverfahren zur frühzeitigen Erkennung von MRE-Erregern notwendig. Die so gewonnenen Daten müssen wir veröffentlichen und Ergebnisse sollten in die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts zur weiteren Bekämpfung der Keime einfließen. Darüber hinaus wollen wir bundeseinheitliche Standards – denn eine MRSA-Infektion ist in München genauso gefährlich wie in Hamburg oder Köln.



MdB Jens Ackermann (FDP), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages. Foto: Bundestag



Präventionsmaßnahmen sollen Zahl der Krankenhausinfektionen senken. Foto: Techniker Krankenkasse

# Ärztliche Versorgung

## Der Demografiefaktor – kein Allheilmittel für sächsische Probleme

Die bislang geltende Bedarfsplanung bedurfte nach 20 Jahren weitgehender Reformlosigkeit dringend der Überarbeitung. Der ursprüngliche Ansatz, die Planung ausschließlich am Verhältnis der Einwohnerzahl zur Zahl der Vertragsärzte auszurichten, entsprach nicht mehr gegenwärtigen Erfordernissen. Eine Überarbeitung der Berechnungsgrundlage ist im letzten Jahr zustande gekommen. Die seit langem diskutierte Einführung eines so genannten Demografiefaktors in die ärztliche Bedarfsplanung wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Auf dessen Basis verabschiedete der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen zu Monatsbeginn einen neuen Bedarfsplan für Sachsen.

Dem Demografiefaktor liegt die Annahme zugrunde, dass mit der höheren Lebenserwartung der Bevölkerung auch ein höherer medizinischer Behandlungsbedarf einhergeht. Unter Einbeziehung der Altersstruktur werden erweiterte Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte geschaffen, die den unterstellten Mehrbedarf bei der Versorgung zukünftig abdecken sollen.

### Der ländliche Raum zieht den Kürzeren

Der eigentlich gut gedachte, konzeptionelle Ansatz „Demografiefaktor“ besitzt eine entscheidende Schwäche: Die neuen Niederlassungsmöglichkeiten entstehen auch in Regionen, die bisher als überversorgt galten. Das betraf in Sachsen etwa ein Viertel der Planungsbereiche. Diese wegen der mehr als ausreichenden Versorgung gesperrten Planungsbereiche werden durch die Anwendung des Demografiefaktors für weitere Zulassungen wieder geöffnet.

Das führt dazu, dass niederlassungswillige Ärzte eine größere Auswahl möglicher Praxissitze haben und sich eher in Ballungszentren als strukturell schwächeren und von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen werden.

In der jetzigen Ausprägung ist der Demografiefaktor daher ungeeignet, das Kernproblem der derzeitigen ärztlichen Versorgungslage im Freistaat – die gravierenden Wiederbesetzungsprobleme im ländlichen Bereich – zu lösen. Die solitäre Einführung des Demografiefaktors – in verpflichtender Umsetzung des GBA-Beschlusses – führt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation, sondern verschärft die bestehende Fehlverteilung noch.

### Fragwürdiger Versorgungsgrad

Ein zusätzliches Problem der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA wird in einer Planung bis zur Grenze der Überversorgung („Ärztessoll“ 110 Prozent) offenbar. Nach dem bisherigen Bedarfsplan bestanden Niederlassungsmöglichkeiten für 94 Hausärzte in Sachsen. Durch den Demografiefaktor können jetzt 300 weitere Hausärzte eine Praxis eröffnen. Dann nämlich wird erst die Grenze der Überversorgung erreicht. Allerdings ist die Option, einen Arztbestand über einem „Versorgungsoptimum“ von 100 Prozent zu gestatten, weder notwendig noch sachgerecht.

Die Spanne bis 110 Prozent macht beispielsweise 256 freie Hausarztsitze aus. Eine Punktlandung bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent ist sicherlich kaum realisierbar. Nur sollte alles, was darüber liegt und nicht besetzt werden kann, auch nicht mit Termini des Mangels verbunden werden.

### Nordsachsen „steht wieder im Regen“

Das nachfolgende Beispiel illustriert, zu welchen Verwerfungen der Demografiefaktor im Freistaat führt:

Der bis Ende letzten Jahres für die hausärztliche Versorgung gesperrte Planungsbereich Leipzig-Stadt erfährt durch die Anwendung des Demografiefaktors eine partielle Öffnung. In der Metropole bestehen nun Zulassungsmöglichkeiten für 30 weitere Hausärzte. Auch der angrenzende Landkreis Nordsachsen bietet Praxissitze an. Jedoch konnte dort schon in der Vergangenheit nur mit großen Anstrengungen die Versorgungssituation gerade mal soweit stabilisiert werden, dass der Planungsbereich aus einer drohenden Unterversorgung herauskam. Dies klappte auch nur durch eine Eigenrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, die mit einer ungarischen Ärztin besetzt wurde.

In Nordsachsen werden Hausärzte gebraucht. Wie schnell aber wird sich dort ein Hausarzt niederlassen, wenn er jetzt die freie Wahl hat?

### Von der Bedarfs- zur Versorgungsplanung!

Die Lösung des Problems liegt darin, die Bedarfsplanung und die begleitenden Sicherstellungsme-

chanismen zu reformieren und zukünftig in eine Versorgungsplanung zu überführen.

- Nachwuchsgewinnung durch Kassenärztliche Vereinigungen

Nach Auffassung der Ersatzkassen hat die Bundespolitik wichtige Kernfragen einer zukünftigen Versorgungspolitik erkannt und versucht nun, diese zu beantworten. Herauszuheben sind hierbei die Vorschläge der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und die Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem zukünftigen „Versorgungsgesetz“. Ein Großteil dieser Vorschläge findet die Unterstützung der Ersatzkassen.

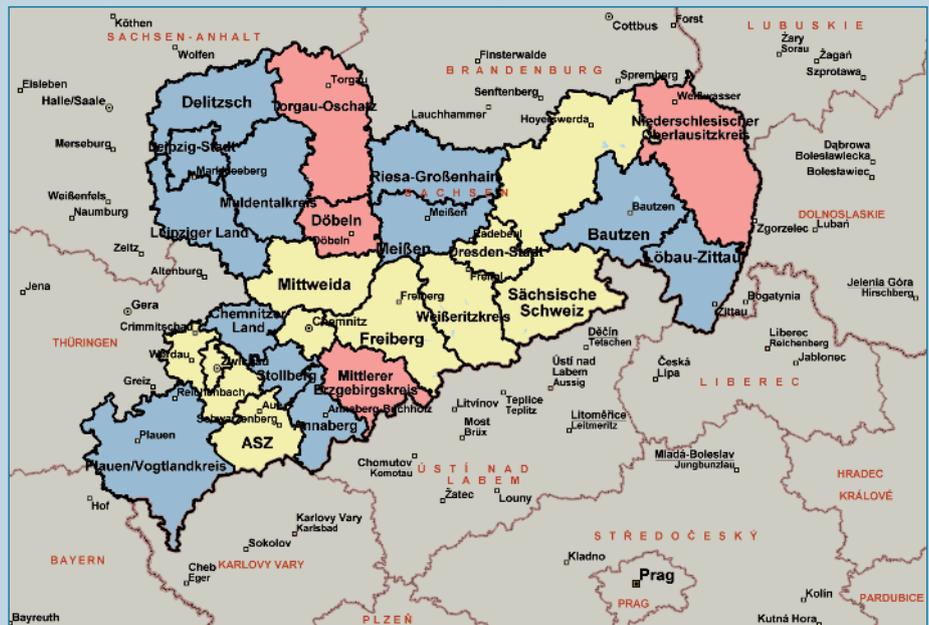
Diese Vorschläge sind geeignet, den bestehenden strukturellen Problemen bei der ärztlichen Versorgung entgegenzutreten.

Die Wichtigsten davon sind:

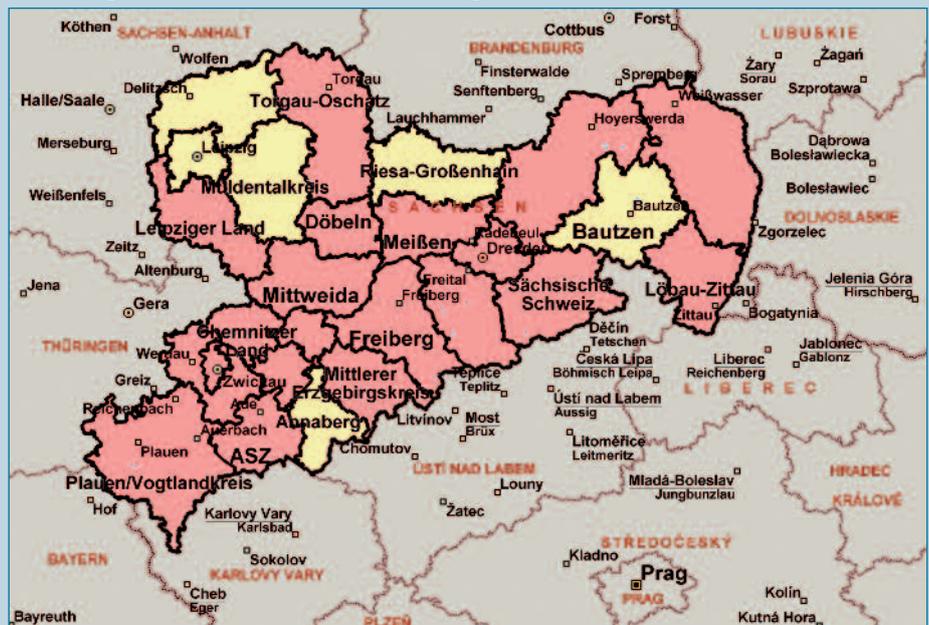
- Flexibilisierung / Differenzierung der Planungsbereiche
- Anpassung der Verhältniszahlen für die Bedarfsplanung (nicht mehr stichtagsbezogen, sondern nach sachgerechten Kriterien)
- Einbeziehung von Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung
- Sonderbedarfszulassungen
- Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten einschließlich der Reduzierung von Überkapazitäten durch Kauf von freiwerdenden Praxen
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen (KV)
- Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärzte
- Delegation ärztlicher Leistungen
- Landärztförderung (Einführung einer Quote)

## BEDARFSPLANUNG HAUSÄRZTE IN SACHSEN

### Planungsbereiche 2010 ohne Demografiefaktor



### Planungsbereiche 2011 mit Demografiefaktor



Rot = Versorgungsgrad unter 100 Prozent  
 Gelb = Versorgungsgrad 100 bis 110 Prozent  
 Blau = Versorgungsgrad über 110 Prozent

Paradoxum: Auch in Bereichen, die bislang für Neu-Niederlassungen gesperrt waren (blau), können jetzt Ärzte ihre Praxis eröffnen (rot).

Rund 48 Millionen Wahlberechtigte sind aufgerufen, ihre Stimme bei der Sozialwahl 2011 abzugeben. Dabei werden die Parlamente der Sozialversicherung gewählt. Die Sozialwahl ist eine reine Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden Mitte April zugestellt.

[www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de)



## Sozialwahl 2011

„Die Versicherten nehmen ihr Geschick in die eigenen Hände“



Rosemie Bilz, Mitglied des Verwaltungsrates und alternierende Vorsitzende des Finanzausschusses bei der Techniker Krankenkasse, Versichertenberaterin der Deutschen Rentenversicherung Bund

### ▼ Deutschland hat im Unterschied zu anderen Ländern eine Selbstverwaltung bei der Sozialversicherung. Was bedeutet das?

Die Versicherten nehmen ihr Geschick in die eigenen Hände. Sie bestimmen bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, was bei den Sozialversicherungsträgern geschieht. Ob das im Verwaltungsrat der Krankenkassen ist, in der Vertreterversammlung der Rentenversicherung oder in den zugehörigen Ausschüssen – sie werden alle mit Selbstverwaltern besetzt. In der DDR existierte ein Sozialversicherungsträger, die Sozialversicherungskasse.

Ihre Vorgaben als Kranken- und Rentenversicherung bekam sie vom Staat. Da hatte niemand weiter mitzuentcheiden. Möchte heute eine Kasse sich für oder gegen eine Leistung entscheiden, reden wir als gewählte Versichertenvertreter mit. Wenn wir etwas beschließen, kann der Vorstand sich nur fügen. Das ist Selbstverwaltung.

### ▼ Sie sind Mitglied des Verwaltungsrates einer großen Ersatzkasse, der Techniker Krankenkasse. Welche Aufgaben nehmen Selbstverwalter dort wahr?

Als Verwaltungsrat der TK entscheiden wir über Satzungsleistungen, beispielsweise über Haushaltshilfen und zusätzliche Vorsorgeimpfungen. Oder etwa über die gesamten Wahltarife. Führen wir einen bestimmten Wahltarif ein oder nehmen wir ihn nicht?

Zum Weiteren hat der Verwaltungsrat den Haushaltsplan zu beschließen. Das ist meine Aufgabe auch als alternierende Vorsitzende des Finanzausschusses. Wir prüfen und sagen ja, wir sind einverstanden oder nein, wir möchten Korrekturen. Dann wird der Haushaltsplan abgerechnet und wir kontrollieren mit, ob gravierende Fehler bei der Plandurchführung aufgetreten sind. Ebenso bestimmt der Verwaltungsrat, wie viele Widerspruchsausschüsse gegründet werden. In den Widerspruchsausschüssen sind wiederum Selbstverwalter tätig, die bei Bedarf Entscheidungen der Kasse überprüfen.

### ▼ Die Beteiligung an Wahlen geht allgemein zurück. Warum ist die Sozialwahl wichtig?

Wie bei den Bundestags- und Europawahlen braucht es eine Willensbekundung auch im sozialen Bereich. Die Meinungen der Versicherten müssen zusammengeführt, kanalisiert werden, weshalb verschiedene Interessengruppen gewählt werden können. Würde es uns als Versicherte nicht interessieren, dass wir 156 Krankenkassen haben, bräuchten wir nur eine. Aber die Leistungen von AOK, BKK, Ersatzkassen und IKK unterscheiden sich und wir wollen diese Vielfalt mitgestalten. Die Wahl verschafft uns als Selbstverwalter die Legitimation. Gäbe es keine Sozialwahl, da komme ich auf meine Tätigkeit bei der Rentenversicherung, dann hätte man beispielsweise auch keine Versichertenberater. Dann würde niemand ins Nachbarort zu dem Beinamputierten fahren, der nicht aus der Wohnung weg kann und wegen seiner Berufsunfähigkeit Hilfe braucht. Die Dankbarkeit vieler Versicherter bestätigt mir seit über 18 Jahren, wie wichtig unsere Arbeit ist.

## Vergütung von Krankenhausleistungen

2011 gibt's 123 Millionen Euro mehr

Die Krankenhäuser in Sachsen erhalten dieses Jahr für Behandlungen 123 Millionen Euro mehr als 2010. Die Ersatzkassen haben mit der Landeskrankengesellschaft Sachsen einen gemeinsamen Landesbasisfallwert vereinbart, der

mit Wirkung zum 1. März genehmigt wurde. Danach beträgt der aktuelle Landesbasisfallwert 2.884 Euro. Das bedeutet eine Steigerung um 20 Euro gegenüber dem Vorjahr: Für eine Blinddarm- oder etwa eine Herzoperation bekom-

men die sächsischen Kliniken eine um 20 Euro höhere Vergütung.

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

Rund 80 Prozent der Krankenhausleistungen werden nach dem Fallpauschalensystem vergütet. Seit 2005 wurden die Basisfallwerte auf einen einheitlichen „Preis“ in dem jeweiligen Bundesland angeglichen. Ziel ist es, 2014 einen bundesweiten Durchschnittswert zu erhalten. Hierfür werden die Landesbasisfallwerte in jährlichen Schritten an einen Bundesbasisfallwertkorridor angepasst.

Neben dem Preis der Krankenhausbehandlung einigen sich Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaft in den komplexen und konfliktträchtigen

Verhandlungen über weitere, wichtige Komponenten der Krankenhausfinanzierung. Dazu gehört vor allem die Menge der Krankenhausleistungen.

Das Ergebnis zeigt aus Sicht der Ersatzkassen, dass die Verhandlungspartner in Sachsen in der Lage sind, trotz konträrer Interessen, konsensfähige Lösungen zu finden. Die Vereinbarung konnte ohne Einschaltung der Schiedsstelle geschlossen werden.

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser in Sachsen hat sich für die überwiegende Anzahl der Häuser insgesamt positiv entwickelt. Ursache dafür sind die Möglichkeiten für Krankenhäuser, neben der Fallzahlsteigerung, insbesondere durch Leistungserbringung im fachärztlich ambulanten Sektor, zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen. Ein weiterer Grund für die positive Entwicklung ist die Vielzahl neuer bzw. teilsanierter Gebäude sowie neuester und modernster Technik, welche die sächsischen Krankenhäuser in eine im bundesweiten Vergleich günstige Lage versetzen.

## KURZ GEMELDET

### ■ Mehr Plätze für teilstationäre Pflege

In Sachsen standen Ende 2009 insgesamt 2.007 Plätze in 162 Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege zur Verfügung. Im Vergleich zu 2003 erhöhte sich damit die Platzzahl um 490. Das entspricht einer Steigerung um 32,3 Prozent. Ein Grund für die verstärkte Nachfrage der teilstationären Pflege liegt in der verbesserten Ausgestaltung dieser Leistung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

### ■ Betreuer für Demenzkranke

In einem großen Teil der vollstationären Pflegeeinrichtungen im Freistaat werden Leistungen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung von demenziell erkrankten Bewohnern angeboten. 547 von insgesamt 603 Einrichtungen haben mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen geschlossen, Anhand von Hochrechnungen kann davon ausgegangen werden, dass derzeit etwa 1.000 Betreuungskräfte (Vollzeit) benötigt werden.

### ■ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Auch für Westsachsen gibt es ein erstes Angebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Mit dem Brücke-Team am Heinrich-Braun-Krankenhaus wurde diese spezielle Versorgung von Schwerstkranken jetzt vertraglich geregelt.

### ■ Elektronische Gesundheitskarte

Die geplante flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kommt voran. Die Krankenkassen in Sachsen haben sich mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf eine Finanzierung für die neuen Kartenlesegeräte in den Arztpraxen verständigt. Spätestens bis Mitte November 2011 soll die flächendeckende Ausstattung für alle sächsischen Vertragsärzte und Zahnärzte abgeschlossen sein.

### ■ Verlängerung von Behandlungsprogrammen für Chroniker

Sächsische Versicherte werden auch in den nächsten fünf Jahren von den strukturierten Behandlungsprogrammen, den sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP), für die Indikationen Diabetes mellitus Typ II und Brustkrebs profitieren. Der vdek hat zusammen mit den sächsischen Krankenkassen erneut die Verlängerung der Genehmigung für die Durchführung dieser Programme beim Bundesversicherungsamt beantragt.

## Vorsitzwechsel im vdek-Landesausschuss

Der Landesausschuss der Ersatzkassen in Sachsen hat einen neuen Vorsitzenden: Seit Jahresbeginn leitet Paul-Friedrich Loose die Tätigkeit des Gremiums. Der 53-Jährige ist Landesgeschäftsführer der BARMER GEK Mitte. Er übernimmt das Amt von Jens-Uwe Loose, der durch den Zusammenschluss der beiden Ersatzkassen innerhalb des Unternehmens eine andere Aufgabe übernommen hat und dem der Landesausschuss für seine Arbeit dankte. Der Landesausschuss der Ersatz-

kassen ist das höchste Koordinierungs- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen. Es befindet vor allem über politische Fragen auf Landesebene.



Neue Funktion: Paul-Friedrich Loose koordiniert den Landesausschuss Sachsen

## vdek-Zukunftspreis an Wohngemeinschaftsprojekt in Rödern

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat erstmalig einen Zukunftspreis zur besseren Versorgung



Einer für alle(s): Betreuer Gerd Hunger mit Christel Wopat (li.) und Helene Heisig aus der Wohngruppe Weidenpfad.

einer älter werdenden Gesellschaft vergeben. Zu den ausgezeichneten gehört auch das Wohnkonzept „näherdran“ der AWO Elbe-Röder gGmbH in Rödern im Landkreis Meißen, das einen zweiten Preis erhielt.

Das Heim in Rödern baut das Konzept des Zusammenlebens von Pflegebedürftigen in einer Wohngemeinschaft aus. Alle bewohnernahen Dienstleistungen sind in einer Person zusammengeführt, die sich um ihre Wohngemeinschaft kümmert. Das ermöglicht ein hohes Maß an individueller und situationsbezogener Versorgung und hebt sich von herkömmlichen Pflegeheimen ab.

Der vdek hatte den Zukunftspreis ausgelobt, um angesichts der demografischen Entwicklung besondere Versorgungskonzepte zu entwickeln und voranzubringen. Gefragt waren innovative Angebote für Menschen mit altersassoziierten und chronischen Krankheiten.

## Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich:

### Erstes Zertifikat in Sachsen vergeben

Nach dem gelungenen Start der Präqualifizierung im Hilfsmittelbereich konnte die Präqualifizierungsstelle des vdek, kurz PQS Hilfsmittel, das erste Zertifikat in Sachsen an die Heidenauer Firma Cordamed GmbH übergeben. Die Urkunde ist ein Eignungsnachweis für die Krankenkassen, dass ihre Versicherten hier fachkundig und zuverlässig beraten und mit Hilfsmitteln versorgt werden.

Die Cordamed GmbH stattet Versicherte unter anderem mit Geräten zur Beatmung, zur Sauerstofftherapie, zur Überwachung der Herzaktivität und zur Schlafdiagnostik aus. Durch das Zertifikat kann sie an Ausschreibungsverfahren oder Vertragsverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen, um an deren Versicherte die genannten Hilfsmittel abzugeben und

vorhandene Hilfsmittel anzupassen.



Leistungserbringer aus Sachsen können sich bei Fragen zum Präqualifizierungsverfahren direkt an die Mitarbeiterinnen der PQS Hilfsmittel über die Telefonnummer 0351 / 876 55 28 oder über die Mailadresse [sachsen@pqs-hilfsmittel.de](mailto:sachsen@pqs-hilfsmittel.de) wenden. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage [www.pqs-hilfsmittel.de](http://www.pqs-hilfsmittel.de).

#### IMPRESSUM

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