

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juli 2007

ersatzkassen

Zur Reform der Pflegeversicherung

Die große Koalition hat sich neben der Gesundheitsreform auch der Reform der Pflegeversicherung verpflichtet. Der Koalitionsvertrag sieht die Einführung einer Demographie-Rücklage mit Beteiligung der privaten Pflegeversicherer vor. Jetzt zeigt sich, dass die Regierung das bisherige Finanzierungsmodell unangetastet lässt und lediglich den Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte anheben wird, um damit Leistungen für Demenzkranke und häusliche Pflege höher zu vergüten.

So soll der Betreuungsbetrag für Demente von bisher 460 Euro jährlich auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben werden. Zudem wird der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert, weil nun auch Menschen Pflegeleistungen beziehen könnten, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar noch keinen Pflegebedarf, aber Betreuungsbedarf haben. Dies trifft insbesondere auf psychisch oder geronto-psychiatrisch kranke Menschen zu. Damit reagiert die Koalition auf die Zunahme von Demenzkranken, deren Zahl von heute rund 1,2 Mio. weiter ansteigt und sich bis zur Jahrhundertmitte voraussichtlich verdoppeln wird.

Zum Generationenvertrag

Sicher ist, dass die demographische Entwicklung in Deutschland jetzt und künftig für lange Zeit

In dieser Ausgabe

- Pflegeversicherung in Sachsen-Anhalt
Ausbau der Qualitätssicherung
- Integra – Neue Wege zur Gesundheit
15.000 Patienten in integrierter Versorgung
- Pflegequalität in Sachsen-Anhalt
Jahresbericht 2006
- Krankenhausplanung Sachsen-Anhalt
Beachtung demographischer Entwicklung notwendig
- Kontinuierliche Förderung
ambulanter Hospize
- Häusliche Pflege
Verbesserung der Versorgung durch neue Leistungen

überproportionale und zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung erforderlich macht. Die Deutschen halten den Generationenvertrag, auf dem die Umlagefinanzierung ihrer Sozialsysteme

beruht, seit Mitte der 60er Jahre nicht mehr ein. Bei einer Geburtenrate von 1,35 Kindern je Frau seit 1970 sinkt die Zahl der Mitglieder einer Generation – unter Vernachlässigung von Zuwanderung – um etwa 35 Prozent, so dass die jeweils junge Generation einen entsprechend höheren Betreuungsaufwand je Mitglied auch im Bereich der Pflege hat. Hinzu kommt die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, die – soweit die Dauer des Ruhestandes durchschnittlich zunimmt – die durchschnittlichen Einnahmen der Sozialversicherung reduziert und möglicherweise zu längeren Pflegephasen führt. Während die Verlängerung der Lebenserwartung per se die Alterspyramide in die Höhe zieht, verändert die Geburtenrate von 1,35 die Alterspyramide zu einer Tropfenform, die das strukturelle Demographieproblem erzeugt: Die Basis der Einzahler und Dienstleister für die Sozial-

systeme bricht weg, während weit überproportional viele Menschen zu potenziellen Empfängern von Pflegeleistungen werden. Die finanziellen und realen Folgen der steigenden Lebenserwartung sollen hier nicht im Fokus der Betrachtung stehen, weil eine hohe Lebenserwartung gesellschaftlich erwünscht ist.

Demographie-Rücklage keine Lösung

Für die Pflegeversicherung relevant bleibt, dass der Betreuungsaufwand für die jeweils junge Generation ansteigt und real durch die Zunahme der Fälle häuslicher Pflege sowie finanziell durch steigende Beitragssätze im Rahmen der Umlagefinanzierung zum Ausdruck kommt. Hätte eine Demographie-Rücklage die damit verbundenen Probleme gelöst?

DER KOMMENTAR



Dr. Klaus Holst,
Leiter der VdAK/AEV
Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Der VdAK/AEV ist tot – es lebe der VdAK/AEV!

Die Macher des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) setzen auf Wettbewerb, moderne Institutionen, Insolvenzfähigkeit, Fusionen. Bei der Ausgestaltung des SGB V durch das GKV-WSG hat der VdAK/AEV von allen Verbänden diesen Ansatz am stärksten zu spüren bekommen. Für die Landesebene haben die Ersatzkassen schließlich in der letzten Abstimmungsrunde zwischen Bundesrat und Bundestag die Option erhalten, sich im Verbund gegenüber Politik und Leistungserbringern vertreten zu lassen. Und sie haben diese Option gewählt. Der VdAK/AEV wird weiterhin die Geschäfte für seine Mitglieds-kassen tätigen, und das hat gute, ökonomische Gründe.

- Die parallele Organisation des Vertragsgeschäftes bei jeder einzelnen Mitglieds-kasse würde die Verwaltungskosten über alle Ersatzkassen hinweg vervielfachen. Nach der planmäßigen Einführung des Gesundheitsfonds müssten die Versicherten und Mitglieder diese Kosten als zusätzlichen Euro-Betrag voll finanzieren. Schon heute sind die Mitglieds-kassen, die sich voll auf uns verlassen, bei den Verwaltungskosten die günstigsten.

- Die Ersatzkassen haben in den Bereichen des Vertragsgeschäftes, die freie Vertragsverhandlungen erlauben, im Verbund eine erheblich bessere Verhandlungsposition.
- Die Vorhaltung von Informationssystemen, ob als Vertragsinformation, Politikplattform oder Controllinginstrument, bedingt Fixkosten, die im Verbund eine wesentlich kleinere anteilige Gegenfinanzierung erfordern.

Die Ersatzkassen haben diese Zusammenhänge gesehen, bewertet und im Sinne moderner, wettbewerbsorientierter Institutionen entschieden. Und das ist gut so.

Die vorliegende Länderbeilage beschäftigt sich mit der Reform der Pflegeversicherung. Aller Kritik zum Trotz sind wir der Auffassung, dass diese Reform viele positive Elemente enthält, etwa das Festhalten an der Umlagefinanzierung, die Dynamisierung der Pflegesätze und die Implementierung neuer Leistungen. Eine Ursachentherapie, die die demographischen Probleme der Pflegeversicherung an der Wurzel packt, verlangt allerdings familienpolitische Maßnahmen. Eine nachhaltige Gesundheitspolitik muss demnach Forderungen an die Familienpolitik richten – lesen Sie selbst die nachfolgenden Seiten.

Eine Demographie-Rücklage erzeugt Anreize für einen Anstieg der Sparquote, da sie die individuellen Kosten der Altersvorsorge erhöht, denen die betroffene Generation nicht ausweichen kann. Es käme so zu einer verstärkten Bildung von Finanzvermögen bei weiter rückläufiger Bevölkerungszahl, da die Gegenfinanzierung dieser Rücklage einen Verzicht auf konsumtive Ausgaben verlangt – und die variablen Konsumausgaben bestehen bei Familien mit Kindern zu einem erheblichen Teil aus Unterhaltskosten. Da empirisch eine gegenläufige Korrelation zwischen Kinderzahl und Familieneinkommen zu beobachten ist, träfe eine Demographie-Rücklage finanziell vor allem diejenigen, die schon real zur Entlastung unserer Sozialsysteme beitragen.

Eine Demographie-Rücklage schafft zudem nach der Mackenroth-These keine „Versicherung“ gegen Überalterung: Hiernach können die Sozialleistungen einer Periode ausschließlich aus dem dann zur Verfügung stehenden Volkseinkommen finanziert werden, ein Transfer von Realkapital in die Zukunft ist nicht möglich. So würde das zusätzlich gebildete Finanzvermögen, wenn es national investiert würde, nur unwirtschaftliche Renditen erzielen. Internationale Finanzinvestitionen tragen die Risiken der internationalen Finanzmärkte – inklusive der dauerhaft verlässlichen Mittelverwaltung durch die zu beauftragenden Treuhänder. Die Mackenroth-These hat in den 50er Jahren maßgeblich zur Implementierung von Umlageverfahren in die sozialen Sicherungssysteme Deutschlands beigetragen, deren Verwaltungskosten wahrscheinlich erheblich unter denjenigen von Kapitaldeckungsverfahren liegen.

Weiterhin wäre die Einführung eines kapitalgedeckten Verfahrens verteilungspolitisch im Hinblick auf die „Generationengerechtigkeit“ problematisch, da sich die erste Generation mit einer niedrigen Geburtenrate bereits zu großen Teilen im Ruhestand befindet: Dann käme es zu einer Doppelbelastung der nachfolgenden Generation, die neben den überproportionalen Leistungen für die alte Generation noch die finanzielle Vorsorge für ihren eigenen Ruhestand treffen soll. Diese Wirkungen zusammen verstärken den instabilen Prozess, in dem wir uns derzeit schon befinden: Die Bevölkerung schrumpft weiter mit höherer Geschwindigkeit, und der Druck auf die Sozialsysteme nimmt weiter zu: Eine Demographie-Rücklage ist demnach für eine nachhaltige Lösung der aktuellen Probleme in der Pflegeversicherung nicht geeignet.

Kausaltherapie notwendig

Eine nachhaltige Finanzierung der Pflege verlangt eine Kausaltherapie, die das Demographieproblem löst. Dazu gibt es aus ökonomischer Sicht nur einen langfristig Erfolg versprechenden Weg: Die Kosten der Kindererziehung vollständig zu sozialisieren. Damit ist sowohl die Steuerfinanzierung von öffentlichen Leistungen als auch die Steuerbefreiung von privaten (Opportunitäts-)kosten der Kindererziehung gemeint. Zielführende Vorschläge zur Förderung der Familien sind bislang maßgeblich von Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen vorgetragen worden, ohne allerdings bislang ein ausreichendes politisches Gehör gefunden zu haben. Die signifikante, generationengerechte Entlastung von Familien in Deutschland steht nach wie vor aus.

(Fortsetzung auf Seite 4)

VERANSTALTUNGSHINWEISE

Tag der integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt 2007

„Möglichkeiten und Grenzen dieses innovativen Versorgungsangebotes für das Gesundheitswesen in Mitteldeutschland“

am 7. September und 8. September 2007

Referenten u.a.

Prof. Dr. Stefan Felder, FEISA, Magdeburg

Herr Rudolf Hauke, Mitglied des Vorstandes der KKH, Hannover

Herr Dr. Hans-Georg Faust, stellv. Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages; MdB; CDU, Berlin

Veranstaltungsunterlagen und Anmeldung unter

www.vdak-aev.de

Kurzfristige Effekte für mehr Wirtschaftlichkeit innerhalb der Pflege erzielt die Absicht der Koalitionspartner, die ambulanten Sachleistungen und das Pflegegeld sowie die Leistungen für schwere Pflegefälle in Heimen zu erhöhen und in Drei-Jahres-Schritten zu dynamisieren. Denn die Geld- und Sachleistungen sind seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 nicht angepasst worden, im Gegensatz zu den Leistungsentgelten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Damit ist der relative Wert dieser Leistungen gesunken und die Vergütungsdifferenz zur institutionellen Pflege gestiegen: Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen seitdem immer höhere Zuzahlungen leisten, um ihre Pflege zu finanzieren. Die durchschnittlichen Pflegekosten für die Versicherten steigen aber nicht nur wegen dieser Vergütungsdifferenz, sondern auch aufgrund der zunehmenden Leistungsmenge. Die teurere stationäre Pflege der Stufen I und II wird immer häufiger in Anspruch genom-

men; seit 1997 ist hier ein Zuwachs von rund 40 Prozent zu verzeichnen. Die vorgesehene Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen senkt per se die Zahl der Menschen, die in solchen Fällen von der Sozialhilfe unterstützt werden müssen. Weiterhin trägt die Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dazu bei, das ehrenamtliche Engagement in der Pflege anzunehmen. Die institutionelle und finanzielle Stärkung der privaten Initiative hilft, die Kostenentwicklung in der Pflege zu dämpfen.

Ein Systemwechsel von dem bestehenden und bewährten Umlageverfahren zu einem Kapitaldeckungsverfahren in der Pflege hat mit solchen systeminternen Anreizwirkungen allerdings nichts zu tun. Der Verzicht der großen Koalition auf die Demographie-Rücklage ist deshalb und aufgrund der oben dargestellten Zusammenhänge kein Verlust, sondern aus ordnungs- und aus verteilungspolitischer Sicht nur zu begrüßen!

Pflegeversicherung in Sachsen-Anhalt

Ausbau der Qualitätssicherung und Verbesserung der Transparenz

Nach zweijähriger Vorarbeit wird in Sachsen-Anhalt ein Modellprojekt zur Veröffentlichung der Daten von stationären Pflegeeinrichtungen auf den Weg gebracht. Dieses Transparenzverfahren ist im Auftrag des Landespflegeausschusses des Landes Sachsen-Anhalt entwickelt worden. Es ist ein selbständiges, von den Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI strikt getrenntes Verfahren.

Grundlage hierfür ist ein Kooperationsvertrag, den die beteiligten Vertragsparteien auf Landesebene abgeschlossen haben. Es erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung. Die Datenerhebung erfolgt auf Basis eines gemeinsam entwickelten Erhebungsbogens, der die Bereiche eines Pflegeheimes abbildet. Auch eine Bewohnerbefragung zur Versorgung, zur sozialen Betreuung und zum

Umgang der Pflegekräfte mit den Bewohnern ist darin enthalten.

Die Veröffentlichung der Daten erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer freiwilligen Erklärung der Pflegeeinrichtungen. Das Verfahren enthält auch ein Widerrufsrecht in jedem Stadium des Erhebungs- und Veröffentlichungsverfahrens.

Das Modell wird über das allgemeine Förderrecht des Landes Sachsen-Anhalt finanziert. Die Datenerhebung durch den MDK und die Veröffentlichung über eine gemeinsame neutrale Internet-Seite der Landesverbände der Pflegekassen erfolgt für die Pflegekassen kostenneutral.

Die Partner des Kooperationsvertrages versprechen sich von der Veröffentlichung der Daten im Internet einen Service für die Bevölkerung, der das Angebot an Pflegeleistungen übersichtlich und vergleichbar macht.

Die Schaffung von mehr Transparenz – u.a. Schwerpunkt der jüngsten Beschlüsse der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung – ist in Sachsen-Anhalt damit bereits auf einem guten Weg!



Die unterzeichnenden Repräsentanten von den Verbänden der Leistungserbringer, Pflegekassen und MDK im Gruppenbild mit Ministerin Dr. Gerlinde Kuppe (Bildmitte vordere Reihe).

Integra – neue Wege zur Gesundheit

15.000 Patienten in integrierter Versorgung

Seit 2002 operieren niedergelassene Operateure im Rahmen der integrierten Versorgung im Projekt „integra – neue Wege zur Gesundheit“, dem einzigen landesweiten Projekt seiner Art in der gesamten Bundesrepublik Deutschland über 15.000 Patienten mit einem kurzstationären postoperativen Aufenthalt. Und die Zahl der Behandlungen wächst rasant: Allein im laufenden Jahr kann mit weit über 7.000 neuen Eingriffen gerechnet werden.

Die meisten integra-Patienten entscheiden sich sehr bewusst für einen bestimmten Arzt oder ein bestimmtes Krankenhaus und sind dafür oft sogar bereit, weite Wege in Kauf zu nehmen. Mehr als fünf Prozent aller integra-Patienten kommen mittlerweile aus anderen Bundesländern.



Nach erfolgreicher Behandlung: Zufriedenheit auf allen Seiten: Klinikleitung, Patientin, DAK und VdAK/AEV

Entscheidende Gründe für diesen Boom liegen offenbar nicht nur in guten Heilungserfolgen. Auch der Service und die gute Atmosphäre auf den Stationen, das freundliche Personal und beispielsweise das Essen aus eigener Küche kommen bei den Patienten gut an.

Hohe Patientenzufriedenheit und gute Qualität ist dann auch ein vorläufiges Fazit einer aktuellen Patientenbefragung aus dem Zwischenbericht einer wissenschaftlichen Studie, die im Auftrag der Ersatzkassenverbände vom FEISA Institut der Universität Magdeburg vorgelegt wurde. Diese Zufriedenheit bezieht sich sowohl auf den gesamten Behandlungsprozess (inklusive der häuslichen Nachsorge) als auch auf die Behandlungsorte (Kliniken in Magdeburg, Dessau, und Halle).

Die hohen Qualitätsstandards werden durch die strenge Auswahl der operierenden Ärzte und die unabhängige Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gewährleistet. Eine bessere Auslastung der personellen und technischen Kapazitäten trägt zur wirtschaftlichen Stärkung der drei Krankenhäuser und der Rehabilitationsklinik bei und sichert letztendlich auch Arbeitsplätze. Durch die erweiterten Leistungsspektren erhöht sich die Attraktivität von Krankenhäusern und niedergelassenen Arztpraxen. Beide Seiten können ihren Patienten mehr bieten und neue Tätigkeitsfelder erschließen. Dank einer klaren Arbeitsteilung mit niedergelassenen Medizinern bleiben den „integra-Patienten“ Mehrfachuntersuchungen erspart.

Pflegequalität in Sachsen-Anhalt

Jahresbericht 2006 der Koordinierungsstelle Qualität in der Pflege

Die Pflegeversicherung dient seit ihrer Einführung der Sicherstellung notwendiger Hilfen bei Pflegebedarf und der Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit. Die Träger der Pflegeeinrichtungen verantworten diese Leistungen ihrer Einrichtungen, deren Qualität die Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen-Anhalt vom Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Die Prüfquote, also der Anteil der geprüften Einrichtungen an sämtlichen Einrichtungen im Land, lag in den vergangenen Jahren bei etwa 22 Prozent.

Mit der Einführung der neuen Qualitäts-Prüfrichtlinien (QPR) zum 01.07.2006, konnten die Beteilig-

ten im Vorjahr mit 179 durchgeführten Qualitätsprüfungen eine Quote von nur 18 Prozent realisieren, sodass die Optimierung der Einsatzplanung für die MDK-Prüfteams noch an Bedeutung gewonnen hat: Im Jahr 2006 wurden 36 % der durchgeführten Prüfungen unangemeldet durchgeführt.

Der Anstieg der Beschwerden zeigt auch 2007 die wachsende Bereitschaft der Bürger, sich gegen defizitäre Zustände in Pflegeeinrichtungen zu wehren. Von den eingegangenen 72 Beschwerden wurden 45 durch den MDK überprüft. Weitere neun Beschwerden wurden in Absprache mit den Pflegekassen und dem MDK durch die Heimaufsicht überprüft. Acht Überprüfungen von Beschwerden wurden Ende 2006 in das Jahr 2007 gelegt. Die Verbände der Pflegekassen leiteten die übrigen Beschwerden weiter, die in die Zuständigkeit anderer Institutionen fallen. Schwerwiegende Defizite führten in 12 Fällen zu mündlichen Anhörungen nach § 115 Abs. 2 SGB XI. Insgesamt fanden aufgrund der in den Qualitätsprüfungen aufgezeigten erheblichen Defizite in Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität 25 mündliche Anhörungen statt.

Diese Anhörungen führten in 15 Fällen dazu, dass die Verbände der Pflegekassen einen Bescheid nach § 115 Abs. 2 SGB XI sowie eine Abmahnung erteilten. Ein Verfahren zur Festlegung eines individuellen Kürzungsbetrages nach § 115 Abs. 3 wurde 2006 eingeleitet. Dieses Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Die Empfehlungen und Hinweise, die der MDK in den Qualitätsprüfungen gibt, sollen in den meisten Fällen zu einem verbesserten Qualitätsmanagement in der Einrichtung führen. Darüber hinaus fordern die Pflegekassen mehr Eigeninitiative der Einrichtungsträger bei der Einführung und Umsetzung neuer, innovativer und pflegequalitätsverbessernder Instrumentarien.

Der MDK attestiert den Pflegeeinrichtungen in den meisten Fällen aber gute Prüfergebnisse. Die 71 Stichprobenprüfungen des Jahres 2006 führten in 46 Fällen zu einem guten Abschluss. Die Ersatzkassen wollen die Transparenz für diese guten Leistungen verbessern. Sie unterstützen gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales und den Verbänden der anderen Pflegekassen die Veröffentlichung dieser Prüfergebnisse auf freiwilliger Basis. (vgl. Seite 4)

Krankenhausplanung Sachsen-Anhalt

Beachtung demographischer Entwicklung notwendig

Mit der Krankenhausplanung 2005 hat sich Sachsen-Anhalt vom Modell der Bettenplanung verabschiedet. Seit 2005 wird eine Rahmenplanung aufgestellt, deren Grundlagen in der Rahmenvergabe zur Krankenhausplanung getroffen werden. Diese Rahmenplanung hat u. a. folgende übergeordnete Faktoren zu berücksichtigen:

- Demografische Entwicklung,
- Morbidität,
- Infrastruktur.

Weiterhin bestehen allgemeine Planungsziele:

- Sicherung der Versorgung mit stationären Leistungen unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung des Landes.
- Beachtung der Erfordernisse der Aus- und Weiterbildung sowie der Innovationen in der Medizin.

- Schaffung eines flächendeckenden gegliederten Netzes qualitativ leistungsfähiger Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt.
- Sicherung einer wohnortnahen Basis- und einer überregionalen Schwerpunktversorgung unter Berücksichtigung von Verkehrsanbindungen und Erreichbarkeit.
- Einbeziehung ländersübergreifender Angebote in die Planung.
- Beachtung der Trägervielfalt bei den Krankenhäusern.
- Einbeziehung aller an der stationären Versorgung teilnehmenden Einrichtungen des Landes in die Planung.
- Optimierung der Versorgungsstrukturen durch Zusammenarbeit der Krankenhäuser sowie mit den niedergelassenen Ärzten und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Einrichtungen.

- Herbeiführung von Strukturentscheidungen, die Netzwerke von stationären, ambulanten, rehabilitativen und weiteren Angeboten ermöglichen.

Die Ersatzkassenverbände begrüßen die Initiative der großen Koalition, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor unter anderem über die Beachtung der demographischen Entwicklung anzustreben.

Diese Forderung entspricht allerdings der Arbeit, die der Krankenhausplanungsausschuss schon heute auf der Basis der Rahmenvorgabe leisten muss.

Der Planungsausschuss hatte sich bereits in 2005 auf 11 Geriatrische Zentren als Empfehlung verständigt. Derzeit sollen 13 Zentren bestätigt werden.

Die Berücksichtigung der Demographie schlägt sich aber auch im Bereich der Geburtshilfe nieder: Die Rahmenvorgaben für den KH-Plan geben Fallzahlen für die Geburtshilfe (300 Geburten pro Jahr) vor. Soweit diese Kennzahl nicht erreicht wird, diskutieren die Mitglieder des Planungsausschusses

die Perspektive von Geburtsabteilungen – immer unter Berücksichtigung des Versorgungsaspektes.

Absehbar ist, dass perspektivisch einige Krankenhäuser diese Mindestfallzahl nicht mehr erfüllen.

Da die Versorgungsqualität für Früh- und Neugeborene optimal sein sollte, muss man die Anträge einiger Krankenhäuser auf hoch spezialisierte Perinatalzentren sehr kritisch einschätzen.

Angesichts der zu verzeichnenden Geburtenzahlen ist ein steigender Bedarf für die Behandlung von kranken Neugeborenen nicht vorhanden, vielmehr sollte eine Konzentration der Leistungen erfolgen – auch dies sind wesentliche Aspekte des demographischen Wandels im Land, die zu berücksichtigen sind.

Die Initiative der großen Koalition, die Anpassung der o. a. Faktoren der Krankenhausplanung ohne operative Hektik und in Abstimmung mit den Beteiligten sachgerecht und vorausschauend zu führen, wird von den Ersatzkassen ausdrücklich unterstützt.

HINTERGRUND

Der landesweite Basisfallwert (LBFW) ist nicht der einzige Indikator, der Einfluss auf die Kosten im Krankenhausbereich nimmt. Sachsen-Anhalt hat den höchsten LBFW und damit die höchsten Krankenhauskosten bei einer vergleichbaren Krankenhausbehandlung in den neuen Bundesländern (Ausnahme Berlin). Der hohe LBFW ist in Verbindung mit einer der höchsten Krankenhaus-Einweisungsquote (bundesweit) sowie struktureller Unwirtschaftlichkeiten zu sehen.

Landesbasisfallwert 2007 in den neuen Bundesländern

	LBFW vor Kappung	LBFW nach Kappung
Brandenburg	2.726,97 €	2.719,27 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.680,00 €	2.664,00 €
Sachsen	2.753,63 €	2.736,63 €
Thüringen	2.743,00 €	2.731,00 €
Sachsen-Anhalt	2.780,00 €	2.750,00 €

Der LBFW vor Kappung beschreibt das Preisniveau für die KH-Behandlung.

Durchschnittliche Kosten pro Behandlungsfall in den neuen Bundesländern (Quelle: Stat. Bundesamt)

Brandenburg	2.984 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.953 €
Sachsen	3.091 €
Thüringen	3.037 €
Sachsen-Anhalt	3.267 €

Um die wirtschaftlichen Voraussetzungen in Sachsen-Anhalt denen der anderen neuen Bundesländer anzugleichen, ist es nötig, dass der Angleichungsprozess bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahre 2009 in zwei Schritten berücksichtigt wird.

Kontinuierliche Förderung ambulanter Hospize

Im Jahr 2007 fördern die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt erstmals ambulante Hospizdienste. Die Mitgliedskassen des VdAK/AEV übernehmen gem. § 39a Abs. 2 SGB V von der Gesamtfördersumme in Höhe von 185.446,71 € anteilig 55.150,50 €. Dieses Geld kommt sechs Einrichtungen im Land zugute.

Die gesetzliche Krankenversicherung fördert seit 2002 ambulante Hospizdienste, die den Versicherten mit einer qualifizierten ehrenamtlichen Sterbegleitung im eigenen Haushalt, der Familie oder stationären Pflegeeinrichtung ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende ermöglichen. Die Förderung erfolgt für die palliativ-pflegerische Beratung, sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Fachkräfte.

Die Spitzenverbände haben die Voraussetzungen für die Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit in einer Rahmenvereinbarung geregelt. In Sachsen-Anhalt haben sich die Landesverbände der Krankenkassen darauf verständigt, auch eine „Förderung unter Vorbehalt“ anzuerkennen, soweit eine verbindliche Anmeldung für ein Schulungsseminar vorliegt. Diese Ausnahmeregelung setzt die Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme allerdings zwingend voraus.

Die gesetzliche Krankenversicherung Sachsen-Anhalts trägt so maßgeblich zu einer funktionierenden ambulanten Hospizarbeit bei, die für den palliativen Versorgungsbedarf da ist.

Häusliche Krankenpflege (HKP) Verbesserung der Versorgung durch neue Leistungen

Der gemeinsame Bundessausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 19.12.2006 Änderungen der HKP-Richtlinien beschlossen. Die Leistungsbeschreibung Nummer 23 des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege wurde um die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung (ITEK) bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Restharnbildung ergänzt. Diese Änderung/Ergänzung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und ist somit nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger Nr. 53/2007 vom 16.03.2007 am 17.03.2007 in Kraft getreten.

Mit der Aufnahme der ITEK in das Verzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen der HKP-Richtlinie wurde dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Rechnung getragen. Die Praxis hat gezeigt, dass der ITEK in der Anwendung einfacher zu praktizieren ist als der Dauerkatheter und er ist zudem für den Pflegebedürftigen sicherer. Der ITEK ist leichter zu legen und es besteht somit ein geringeres Verletzungsrisiko. Es wird von einer schnellen versichertenbezogenen Routine mit entsprechender

Compliance des Versicherten ausgegangen. Mit der intermittierenden transurethralen Einmalkatheterisierung ist ein geringeres Infektionsrisiko verbunden als mit der Versorgung eines transurethralen Dauerkatheters.

Die damit neu festgeschriebene verordnungsfähige Leistung verbessert die Versorgung unserer Versicherten im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Die damit verbundenen Entgeltvereinbarungen stehen jedoch noch aus. In Vorbereitung hierzu sind zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt erste gemeinsame Abstimmungen erfolgt, die bereits jetzt die Vergütung dieser Leistungen im Rahmen von Einzelfallentscheidungen ermöglichen und somit die Versorgung unserer Versicherten absichern.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
Schleierufer 12 · 39104 Magdeburg
Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30
Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel