

report sachsen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Feb. 2010

ersatzkassen

Kraftakt

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Nun ist klar, die Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lassen sich nicht mehr vermeiden. Ende Januar kündigten mehrere Krankenkassen an, zusätzliche Beiträge erheben zu müssen. Millionen Versicherte sind davon betroffen.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist politisch gewollt und liegt in der Struktur des Gesundheitsfonds begründet. Eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes erfolgt erst dann, wenn die Ausgaben an zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht mehr zu 95 Prozent gedeckt werden. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, sind gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben.

Der Fonds startete mit einer deutlichen Unterdeckung. Diese war im Wesentlichen auf den konjunkturellen Einbruch zurückzuführen. Auch der im Herbst beschlossene Bundeszuschuss von 3,9 Milliarden Euro deckt nicht die Kosten. Insgesamt gilt es eine Finanzierungslücke von vier Milliarden Euro durch Zusatzbeiträge zu füllen. Im GKV-Durchschnitt beläuft sich der notwendige Zusatzbeitrag auf monatlich rund sieben Euro pro Mitglied. Langfristig werden deshalb alle Kassen auf die Option „Zusatzbeiträge“ zurückgreifen.

In dieser Ausgabe:

- **Krankenversicherung:**
Solidarische Finanzierung
- **Pflege:**
Erste Noten veröffentlicht
- **Selbsthilfe:**
Gemeinschaftsförderung 2009
- **Abrechnungsmanipulation:**
Geld für nie gelieferte Medikamente

Dass einige Kassen diesen Schritt vor anderen gehen müssen, bedeutet nicht, dass sie unwirtschaftlich arbeiten. Von den Krankenkassen ist durch Zusammenschlüsse und Umstrukturierungen vieles unternommen worden, zusätzliche Belastungen zu vermeiden. Allerdings beziehen manche mehr Finanzmittel aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Diese Fehlsteuerungen müssen behoben werden.

Auch wenn die Vorgängerregierung die Situation zu verantworten hat, sollte die neue Regierung alle Anstrengungen unternehmen, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Angesichts der Wirtschaftskrise, die auch 2010 die Einnahmen beeinflussen wird, sollte deshalb der Ausgabenanstieg gebremst werden.

Möglichkeiten bieten beispielsweise ein Preismoratorium für Arzneimittel und die Einführung von Preisverhandlungen vor der Markteinführung von Medikamenten. Ebenso lässt sich der Mehrwertsteuersatz bei Arzneimitteln reduzieren. Vor dem Hintergrund, dass noch im Dezember die Bundesregierung beschlossen hat, den reduzierten Mehrwertsteuersatz auf Hotelübernachtungen zu erheben, ist schwer nachvollziehbar, dass die zum Teil lebensnotwendigen Arzneimittel dem vollen Steuersatz unterliegen.

Der neue Ressortchef im Bundesgesundheitsministerium will einen Paradigmenwechsel im Gesund-

heitssystem. Erklärte Absicht ist, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfest zu gestalten. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre seien nur Kostendämpfungsgesetze gewesen.

Dass die Koalition sich diesem Thema stellt, ist aus Sicht der Ersatzkassen begrüßenswert. Dass keine Schnellschüsse produziert werden sollen, spricht für ein überlegtes Handeln. Gleichwohl weckt der verfolgte Ansatz Sorgen.

Mit der aufgekommenen Debatte um die Zusatzbeiträge klopft jedoch die aktuelle Tagespolitik vehement an die Türen der Berliner Amtsstuben. Das langfristige Vorhaben „Finanzreform“, zu dem inzwischen ein erster Termin für das Treffen der Regierungskommission steht, braucht viel Kraft. Das haben schon Vorgängerregierungen zu spüren bekommen. Es muss aber auch die Energie da sein, die jetzigen Kostenprobleme in den Griff zu bekommen.

DER KOMMENTAR



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

Sächsische Stimme

Das neue Jahr hat lautstark angefangen. Mit Entschiedenheit sprach sich Sachsens Sozialministerin auf dem vdek-Neujahrsforum gegen die Einführung der Kopfpauschale aus. Zugleich kritisierte sie Überlegungen der Regionalisierung bei der Beitragserhebung und Beitragsverwendung.

Die Botschaft war ein deutliches JA zum Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ministerin setzte sich aber auch in Position zu anderen Bundesländern, die allzu stark Eigeninteressen verfolgen und von dem Gedanken des Miteinander-Teilens nicht mehr viel hören wollen.

Die Einzelheiten der Kopfpauschale sind offen. Doch sollte die Sorge um die Gefährdung der Leistung des Gesundheitssystems artikuliert werden. Die soziale Krankenversicherung in Deutschland bietet 90 Prozent der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Es gilt die Strukturen evolutionär weiterzuentwickeln.

Die angesprochene Regionalisierung der Beiträge wäre zuerst ein Problem von landesunmittelbaren Kassen. Die Ersatzkassen als bundesweite Kassen gleichen regionale Unterschiede schon heute solidarisch aus. Allerdings zielt die Botschaft der Ministerin auch auf die Verwendung der Beiträge. Wackelt der Transfer, fehlen in finanzschwächeren Ländern nötige Gelder, um Ärzte in der Region zu halten.

Bei allen Reform-Überlegungen sollte deshalb nicht vergessen werden: Der soziale Ausgleich ist einer der Eckpfeiler der Bundesrepublik. Im Großen wie im Kleinen.

Sozialministerin für solidarische Finanzierung der GKV

„Wie viel Solidarität braucht die gesetzliche Krankenversicherung?“ Genauer müsste die Frage lauten: Wie soll das Verhältnis zwischen Eigenverantwortung, Solidarität und Subsidiarität innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt werden?

Darauf sind je nach Regierung und Koalition im Laufe der Zeit unterschiedliche Antworten gefunden worden. Erstmals wurde der gesundheitspolitische Auftakt der neuen Legislatur von einem solchen Paukenschlag begleitet: Der Bundesgesundheitsminister verkündete in seiner Antrittsrede im Deutschen Bundestag, dass nicht die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Disposition stände, sondern die Umverteilung zwischen Arm und Reich.

Bisher herrschte stets Einigkeit darüber, dass wir eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko anstreben.

Nun wird durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils der Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angekündigt. Weiterhin soll der Risikostrukturausgleich teilweise regionalisiert und der Arbeitnehmeranteil schrittweise in eine einkommensunabhängige Gesundheitsprä-

mie umgewandelt werden. Ich frage warum?

Mir ist an dieser Stelle häufig das Argument entgegengehalten worden, dass die Kopfpauschale eine Erfindung der CDU gewesen sei. Das ist richtig. Aber diese Kopfpauschale oder besser: die Gesundheitsprämie wäre nur in Verbindung mit immensen Steuertransfers sozial gerecht. Das war im Jahre 2003. Inzwischen sehen wir uns mit den Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise konfrontiert. Wenn wir realistisch denken, kommen wir zu der Einsicht, dass der Haushalt diese Steuertransfers nicht hergeben wird. Was wir dann bekommen, wäre eine Private Krankenversicherung für alle, ohne sozialen Ausgleich. Darum geht es in letzter Konsequenz.

Wir brauchen jedoch ein solidarisches System, in dem Gesunde für Kranke und sozial Leistungsstarke für sozial Schwache eintreten. Bei genauer Betrachtung entdeckt man hinter dieser Idee reine Partikularinteressen einzelner Bundesländer. Diese Bundesländer wollen den Ausgleich im Risikostrukturausgleich verringern. Und sie wollen sich damit einen Bonus zu Lasten einkommensschwächerer Bundesländer verschaffen. Das hat wenig mit Wettbewerb zu tun.

Auszug aus dem Grußwort von Staatsministerin Christine Claus auf dem vdek-Neujahrsforum 2010



Positioniert sich zur Gesundheitsprämie: Sachsens Sozialministerin Christine Claus, hier beim Treffen mit Vertretern der Ersatzkassen in der Landesvertretung Sachsen im Januar.

Erste Pflegenoten in Sachsen

Wenn trotz möglicher Prophylaxe Heimbewohner offene Druckgeschwüre aufweisen oder sie häufig stürzen, stellt sich die Frage, wie diesen offensichtlichen Pflegemängeln wirksam begegnet werden kann. Die Antwort, die der Bundes-Gesetzgeber im Zuge der Pflegereform 2008 mit dem sogenannten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gegeben hat, ist die Ausweitung der Kontrollen der Pflege-Dienstleister und die Offenlegung der Prüfergebnisse.

Bis zur Pflegereform war eine jährliche Prüfquote von 20 Prozent aller Pflegeeinrichtungen anzustreben. In fünf Jahren hätte auf diese Art jede Einrichtung einmal durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft sein können.

Mit der Reform verkleinert sich das Zeitfenster: Zuerst auf drei Jahre – von Mitte 2008 bis Ende 2010 müssen alle Einrichtungen mindestens einmal geprüft werden. Ab 2011 sind die Pflegedienstleister jährlich zu prüfen. Das bedeutet für die rund 850 stationären und 1.000 Pflegeeinrichtungen in Sachsen etwa 1.850 Regelprüfungen im Jahr. Die regulären Kontrollen werden damit gegenüber 2008 mehr als versechsfacht!

Mehr Kontrollen wie Kontrollen überhaupt haben nur dann einen Sinn, wenn sie zu Konsequenzen führen.

In der Vergangenheit bestanden zwei Sanktionsmöglichkeiten bei schlechter Qualität: Die Kündigung des Versorgungsvertrages und die Kürzung von Vergütungen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz brachte mit der Vereinbarung von Weiterbildungsmaßnahmen und einem befristeten Aufnahmestopp bis zur Abstellung der Mängel weitere Instrumente. Alle diese Optionen erweisen sich jedoch als schwierig in der Handhabung oder setzen die Kooperation der Heime voraus.

Mehr „Biss“ verspricht die Offenlegung der Prüfergebnisse mit einem verständlichen Notensystem.

Hier prüft und bewertet der Medizinische Dienst im Auftrag der Pflegekassen bei Pflegeheimen 82 Kriterien in fünf Qualitätsbereichen. Im ambulanten Bereich sind es 49 Kriterien in vier Qualitätsbereichen. Die erhobenen Daten werden anschließend zusammengefasst und einer bundesweit einheitlichen Datensammel- und Annahmestelle (sog. DatenClearingStelle) übermittelt. Die überprüft die Angaben auf Plausibilität und Vollständigkeit. Danach erhalten die geprüften Pflegeeinrichtungen einen Transparenzbericht. Die Pflegeeinrichtungen haben dann 28 Tage Zeit, den Bericht zu ergänzen und zu kommentieren. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse freigegeben und veröffentlicht.

Pflegenoten in Sachsen: Anzahl Einrichtungen mit Bewertung

Note	Gesamtnote	Bewertungsbereiche				
		Pflege und med. Versorgung	Umgang mit demenzkranken Bewohnern	Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	Wohnen, Verpflegg., Hauswirtschaft und Hygiene	Befragung der Bewohner
sehr gut - 1 (Noten 1,0 – 1,4)	113 38%	73 24%	183 62%	190 64%	263 88%	286 98%
gut - 2 (Noten 1,5 – 2,4)	122 41%	105 35%	70 24%	49 16%	23 8%	6 2%
befriedigend - 3 (Noten 2,5 – 3,4)	49 16%	66 22%	25 9%	46 15%	8 3%	0 0%
ausreichend - 4 (Noten 3,5 – 4,4)	11 4%	37 12%	12 4%	3 1%	3 1%	0 0%
mangelhaft - 5 (Noten 4,5 – 5,0)	3 1%	17 6%	4 1%	10 3%	1 0%	0 0%
Durchschnittsnote	1,8	2,3	1,4	1,5	1,2	1,1

Quelle: MDK Sachsen

* 298 geprüfte stationäre Einrichtungen (Stand 31.12.2009). Bei den ambulanten Diensten waren zum Stichtag weniger als 20 Prozent geprüft.

Die entstehende Gesamtnote ist ein rein rechnerisches Ergebnis. Interessierte sollten sich deshalb die Einzelnoten der geprüften Kriterien genauer ansehen. Die Gesamtnote gestattet einen Vergleich mit anderen Einrichtungen. Dafür wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich jeweils der Durchschnitt in dem Bundesland ermittelt. Vorausgesetzt, 20 Prozent aller dortigen Pflegeheime bzw. -dienste sind geprüft.

Seit Ende Dezember 2009 sind die ersten Pflegenoten sächsischer Einrichtungen veröffentlicht.

Sächsische Pflegeheime haben leicht bessere Noten als der Bundesdurchschnitt.

www.pflegelotse.de

Qualität als Teil der Unternehmenskultur

Das stete Streben nach Qualität gehört zur Unternehmenskultur des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB). Nur wenn Mängel erkannt werden, lassen sie sich verbessern. Der ASB steht deshalb Qualitätsprüfungen aufgeschlossen gegenüber. Schon vor Jahren haben wir ein Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Seit 2006 sind unsere Einrichtungen nach DIN EN ISO 9001:2000 und mittlerweile auch nach DIN EN 9901:2008 zertifiziert.

Mit dem Vorliegen der Qualitätsprüfungsrichtlinie auf Grundlage des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde schnell klar, dass die bisherigen Instrumente des eigenen Qualitätsmanagementsystems für die geänderten Anforderungen nicht mehr ausreichen. Unsere Qualitätssicherung wurde auf die veränderte Systematik der Qualitätssicherung umgestellt.

Gespannt sahen wir der ersten Prüfung nach den neuen Vorgaben entgegen. Bei uns fiel sie auf das ASB-Pflegeheim in Bernsdorf. Im Juli 2009 waren die Prüfer des MDK zwei Tage im Hause. Auf das Prüfergebnis und damit auf die „Schulnoten“ musste länger gewartet werden.

Im Dezember 2009 erfuhren wir, dass die Prüfung eine sehr gute Benotung in allen Prüfungsbereichen ergeben hat. Dieses Ergebnis hat uns gefreut, spiegelt es doch unsere Anstrengungen wider. Interessanter wird es, wenn alle unsere 11 Einrichtungen in die Prüfung einbezogen sind und man sich auch am Landesdurchschnitt in Sachsen messen kann.



Kristiane Wedekind, Geschäftsführerin Arbeiter-Samariter-Bund Dresden & Kamenz gGmbH.

Die Bemühungen um eine hohe Qualität der Pflege sollten jedoch nicht bei den Pflegediensten und Pflegeheimen enden. Einen großen Einfluss auf unsere Arbeit hat der Zustand der Bewohner und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt. Wir stellen oft fest, dass unsere Qualitätsmaßstäbe dort offenbar nicht gelten. Die entstandenen Defizite in der Pflege müssen dann durch unsere Mitarbeiter wieder ausgeglichen werden.

Verbraucher können souveräner entscheiden

Mit der Veröffentlichung der Pflegenoten steht erstmals ein transparentes, vergleichendes und verständliches Bewertungssystem für Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Es erlaubt – trotz der Kritik, die mit den ersten Veröffentlichungen zu hören war – gute und schlechte Qualitäten der Heime darzustellen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können souveräner auftreten und von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen. Niemand muss in eine Einrichtung gehen, wenn er Zweifel hat, dort gut versorgt zu werden. Klar ist, dass die Wahloption in städtischen Gebieten eine andere ist als auf dem flachen Land. Auch die Wohnortnähe und der zu zahlende eigene Beitrag spielen bei der Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung eine entscheidende Rolle. Jedoch haben die Verbraucher jetzt die Gelegenheit, Informationen über die Qualität in ihre Entscheidung einfließen zu lassen.



Peter Zerbinati, Referatsleiter Pflege vdek-Landesvertretung Sachsen

Dabei sollten sie nicht nur die Gesamtnoten betrachten, sondern alle Kriterien und die einzelnen Bereichsnote. So kann ein Pflegeheim bei den pflegerischen Leistungen gut abschneiden, bei der Pflegedokumentation aber Mängel zeigen.

An dieser Stelle setzt das sogenannte vdek-Qualitätskonzept an. Bei qualitativ schlechten Einrichtungen wird gezielt auf diese zugegangen und besonders wichtige Qualitätsbereiche werden genauer unter die Lupe genommen. Das Heim erhält Hinweise und Auflagen, um die Mängel zu beseitigen. Erfüllt es die Vorgaben nicht, kann die Zulassung entzogen werden.

Bei dem neuen Bewertungssystem gibt es sicherlich Verbesserungsbedarf, aber der eingeschlagene Kurs in Richtung Transparenz und Qualität bei der Pflege stimmt. Das jetzt eingeführte System muss in der Praxis weiter erprobt, kritisch bewertet und gegebenenfalls angepasst werden. Die Evaluation ist vorgesehen und wird von den Ersatzkassen konstruktiv begleitet.

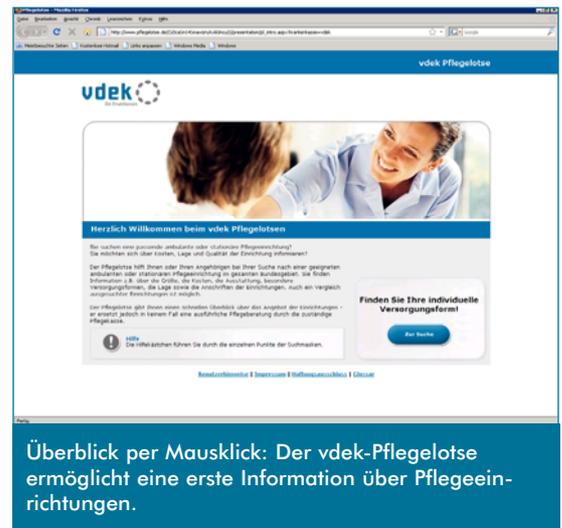
Der Pflege-Lotse ist „online“

Wer für sich oder für seine Angehörigen eine geeignete ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung sucht, dem hilft ein neues Internetportal der Ersatzkassen. Der vom Verband der Ersatzkassen entwickelte „Pflegelotse“ informiert aktuell und bundesweit über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und stellt u. a. Informationen über Größe und Lage der Einrichtungen, anfallende Kosten und den Eigenanteil des Versicherten zur Verfügung. Ebenso werden die Pflegenoten im vdek-Pflegelotsen veröffentlicht.

Möglich ist die Pflegenoten als Suchkriterium zu nutzen. Der Verbraucher kann sich beispielsweise sämtliche Einrichtungen einer Region anzeigen lassen, die eine bestimmte Durchschnittsnote aufweisen. Die Suchmaschine findet aber auch spezielle Angebote wie für die Pflege von Wachkomapatienten oder von Demenzkranken.

Die benutzerfreundliche Veröffentlichung erlaubt, sich schnell einen ersten Überblick über das bestehende Angebot zu verschaffen und Einrichtungen miteinander zu vergleichen. Er ergänzt die Pflegeberatung durch die Pflegekassen, ersetzt sie aber nicht. Darüber hinaus zählt natürlich der persönliche Eindruck, den man sich von der Einrichtung bei Besuchen oder Gesprächen machen sollte.

Den www.pflegelotse.de finden Interessierte auch auf den Internetseiten ihrer Ersatzkasse.



Überblick per Mausklick: Der vdek-Pflegelotse ermöglicht eine erste Information über Pflegeeinrichtungen.

Unterstützung für die Selbsthilfe chronisch Kranker



Erfahrungen gegenseitig vermitteln: Mitglieder des Landesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter Sachsen e. V. beim Mobilitätstraining. Foto: LAG Selbsthilfe Sachsen

Die GKV-Gemeinschaftsförderung Sachsen hat 1.042 Selbsthilfegruppen im Jahr 2009 gefördert. Damit erhielt ein Großteil der Gruppen im Freistaat einen Zuschuss für ihre ehrenamtliche Tätigkeit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach Angaben der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Sachsen bestehen ca. 1.300 Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken und deren Familienangehörigen.

Insgesamt flossen im letzten Jahr 430.700 € aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in die Arbeit der Gruppen. Die 36 Landesorganisationen der Selbsthilfe erhielten 268.000 € durch die Gemeinschaftsförderung, an die 11 Selbsthilfe-Kontaktstellen in Sachsen gingen 119.900 €.

Die Ersatzkassen stellten außerdem Gelder in Höhe von 43.100 € bereit, mit denen Projekte von 18 Landesverbänden unterstützt wurden.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ergänzt in vielfältiger Weise die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung. Mit der finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen stärken die Krankenkassen und ihre Verbände die Strukturen und die Planungssicherheit der Selbsthilfearbeit.

Für das Jahr 2010 hat der Verband der Ersatzkassen die Federführung der GKV-Gemeinschaftsförderung im Freistaat Sachsen übernommen.

Abrechnungsmanipulation

Geld für nie gelieferte Medikamente

Zur Bekämpfung der Abrechnungsmanipulation haben die Ersatzkassen in Sachsen ein gemeinsames Gremium geschaffen. Seit 2000 werden regelmäßig unter Leitung der vdek-Landesvertretung Beratungen über Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer durchgeführt. An den Beratungen des Arbeitsausschusses Abrechnungsmanipulation nehmen Vertreter der Ersatzkassen aus Bund und Land sowie Sachverständige, Leistungserbringer oder deren Vertreter in Interessenverbänden und Mitarbeiter von Strafverfolgungsbehörden teil.

Wann liegt eigentlich eine Abrechnungsmanipulation vor? Hierzu haben sich höchst richterliche Instanzen eindeutig geäußert. So ist bereits ein unbeabsichtigter Fehler in der Abrechnung eine Manipulation. Auch sind sogenannte Kompensationsgeschäfte, d. h. der Krankenkasse wurden durch unberechtigte Abrechnung Leistungsausgaben an anderer Stelle erspart, nicht statthaft. Zudem ist es unerheblich, ob eine abgerechnete Leistung qualitätsgerecht erbracht wurde. Entscheidend ist immer die Abrechnungsgenehmigung.

In den letzten Jahren wurden ca. 600 Fälle „unter die Lupe“ genommen. In besonders schweren Fällen wurden Strafanzeigen gestellt. In vielen Fällen erwies sich der Anfangsverdacht als nicht begründet, die Verfahren konnten eingestellt werden. Häufig mussten leider konkret Abrechnungsmanipulationen festgestellt werden. Das Spektrum reicht hier

von „einfachen“ Meldeversäumnissen, über verbotene Vorhaltung von Hilfsmitteln bestimmter Anbieter in Arztpraxen bis hin zur Ausstellung von Scheinverordnungen über Medikamente, die dann nie zur Auslieferung kamen.

Um die dadurch entstandenen Schäden für die Ersatzkassen zumindest annähernd auszugleichen, werden mit den betroffenen Leistungserbringern Gespräche über die Schadenswiedergutmachung geführt. Die Höhe der Rückzahlungsbeträge orientiert sich dabei an den Umsätzen des Leistungserbringers und schwankt von dreistelligen Beträgen für „geringfügige Verfehlungen“ bis hin zum oberen fünfstelligen Bereich bei jahrelangen Manipulationen. Dadurch konnten mehrere 100.000 € an die Ersatzkassen rückgeführt werden.

Der Ordnung halber muss herausgehoben werden, dass der weitaus größte Teil der Leistungserbringer korrekt arbeitet. Letztendlich dient die Prüfung durch den Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen auch der Qualitätssicherung der Versorgung ihrer Versicherten, denn wer will sich schon gern von einem Therapeuten ohne ausreichende Qualifikation behandeln lassen. Zudem schafft die Arbeit des Arbeitsausschusses auch Chancengleichheit unter den Leistungserbringern, die für ihre Aus- und Weiterbildung oft hohe Summen ausgeben müssen, um immer auf dem neuesten Stand der medizinischen und therapeutischen Erkenntnisse zu sein.



In den letzten Jahren wurden 600 Fälle der Abrechnungsmanipulation unter die Lupe genommen.

Pflege

Intensivere Betreuung von Demenzkranken

Pflegebedürftigkeit geht in vielen Fällen mit demenziellen Erkrankungen einher. Im Freistaat Sachsen wird in Begutachtungen auf Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bei etwa jedem dritten Untersuchten eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt. Am häufigsten sind Menschen bei Begutachtungen der stationären Pflege der Stufe III betroffen. Die Gutachter kommen hier bei jedem Zweiten zu dieser Diagnose.

Zu den Betroffenen zählen Menschen, die infolge von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen ihr eigenes Verhalten nicht mehr angemessen steuern können. Die große Mehrzahl dieser Gruppe bilden die Demenzkranken.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das 2008 in Kraft trat, haben sie für den erhöhten Betreuungsbedarf ihres Krankheitsbildes Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung. Ihnen soll mit mehr Zuwendung und Aktivierung eine höhere Wertschätzung entgegengebracht und größere Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben ermöglicht werden.

513 der 598 sächsischen Pflegeheime verfügen inzwischen über speziell geschultes Personal für die Betreuung von Demenzkranken. Das sind rund 86

Prozent der vollstationären Einrichtungen. Für je 25 demenzkranke Bewohner wurde dafür das Personal um eine Pflegekraft aufgestockt. Rund 1.100 dieser Spezialisten konnten so eingestellt werden.

Die Betreuer leiten die Heimbewohner bei leichten handwerklichen Arbeiten an, begleiten sie zu kulturellen Veranstaltungen, lesen vor und musizieren mit ihnen. Die Ersatzkassen begrüßen, dass sich durch die zusätzlichen Betreuungskräfte die Versorgung von Demenzkranken im Freistaat Sachsen spürbar verbessert hat.



Zusätzliche Betreuer sollen Demenzkranken Sicherheit und Orientierung vermitteln.

ZUSAMMENSCHLÜSSE BEI DEN ERSATZKASSEN

Zum 1. Januar 2010 schlossen sich bei den Ersatzkassen starke Partner zusammen: BARMER und GEK treten künftig unter dem Motto „Gemeinsam. Noch besser“ als BARMER GEK auf. Damit entstand Deutschlands größte Krankenkasse. DAK und HMK verbanden sich zur „DAK – Unternehmen Leben“ und bündeln so ihre Kompetenz und Leistungsfähigkeit. Über 24 Millionen Menschen sind auf diese Weise bei den folgenden Mitglieds-kassen versichert:



IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des vdek
 Glacisstraße 4 · 01099 Dresden
 Telefon: 03 51 / 8 76 55-0 · Telefax: 03 51 / 8 76 55-43
 E-Mail: LV-Sachsen@vdek.com
 Verantwortlich: Silke Heinke · Redaktion: Dirk Bunzel