

report sachsen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Okt. 2011

ersatzkassen

Kabinettsentwurf zum Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

Mit einem Pflgethema startete der Landtag in den Herbst. Die Sächsische Staatsregierung hat den Kabinettsentwurf eines Landesgesetzes zum Schutz der Bewohner von stationären Einrichtungen vorgelegt.

Das Heimgesetz des Bundes ist in die Jahre gekommen. 1974 eingeführt, haben sich seitdem Bedürfnisse und Wohnalltag von behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gewandelt. Die letzte Überarbeitung des Gesetzes liegt zehn Jahre zurück.

Die Föderalismusreform 2006 brachte den Auftrag zu einer landesgesetzlichen Regelung, verbunden mit der Chance einer inhaltlichen Weiterentwicklung des Heimgesetzes. Die Reform ließ die zivilrechtlichen Regelungen (Heimvertragsrecht) in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers. Der ordnungsrechtliche Teil mit den Anforderungen an die Einrichtungen und deren Überwachung kam in die Kompetenz der Länder. Die meisten Bundesländer machten von der neuen gesetzgeberischen Möglichkeit Gebrauch und verfügen inzwischen über entsprechende Landesgesetze.

In dieser Ausgabe:

- **Abrechnungsmanipulation:**
Spezielle Ermittlungsgruppen sinnvoll
- **Ärztliche Versorgungsgrade:**
Drei Farben Wenig
- **Krankenhausplanungsausschuss:**
Mehr Betten in der Psychiatrie

Auch Sachsen befindet sich auf dem Weg dorthin. Die sächsische Regelung nahm im September eine weitere Etappe: Der Kabinettsentwurf des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes kam im Ausschuss für Soziales und Verbraucherschutz des Sächsischen Landtages zur Anhörung.

Zentrales Anliegen des Gesetzes ist ein verbesserter Schutz der Bewohner unterschiedlicher stationärer Einrichtungen im Freistaat. Der Kabinettsentwurf orientiert sich weitgehend am bestehenden Heimgesetz des Bundes. Darüber hinaus wird mit einigen Regelungen der gelebten Wirklichkeit Rechnung getragen.

Differenzierung der Wohnformen

Vor dem Hintergrund eines möglichst späten Umzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung entstand in den letzten Jahren eine Vielfalt von neuen Wohnformen für Pflegebedürftige. Um diese Wohnformen von der Zuständigkeit des Gesetzes abzugrenzen und deren Einrichtung zu erleichtern, bedurfte es der klaren Definition des Pflegeheimes als stationäre Einrichtung. Dem kommt das Gesetz nach.

Gleichwohl wurde eine Regelung geschaffen, unter welchen Voraussetzungen das Gesetz auf betreute Wohngruppen Anwendung findet, wie die Gesetzesbegründung ausführt. Dabei geht es um die Schutzbedürftigkeit etwa von Bewohnern, die intensiv medizinisch-therapeutisch versorgt werden. Das ist außerhalb von Heimen möglich, verlangt aber ähnlich wie im Heim die ganztägige Anwesenheit einer Pflegekraft. Das Gesetz erschwert damit Versuche, in einer Einrichtung des betreuten Wohnens diese besonders zu umsorgenden Menschen aufzunehmen, die höheren Betreuungs- und Versorgungsanforderungen jedoch zu umgehen.

Stärkung des Verbraucherschutzes

Eine Neuregelung stellt die Verpflichtung des Einrichtungsträgers dar, den Bewohnern Einblick in sie betreffende Unterlagen zu gewähren. Das können Pflege- und Hilfepläne sein, worin sich eine bestimmte Medikationsplanung oder Auflagen zur Umlagerung von Bettlägerigen finden. Insbesondere bei jüngeren Pflegebedürftigen dürfte die Informationsmöglichkeit auf Interesse stoßen.

Zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität wurde der bislang in untergesetzlichen Normen geregelte Fachkraftanteil von 50 Prozent für pflegerische und betreuende Tätigkeiten jetzt auch gesetzlich fixiert. Zugleich gestattet das Gesetz Abweichungen. Hier folgt es der aktuellen Entwicklung. Beispielsweise verrichten Präsenzkkräfte in Heimen, wo das sogenannte Hausgemeinschaftsprinzip gelebt wird, einen Großteil der täglichen hauswirtschaftlichen Arbeit und erbringen einen Teil der Pflegeleistungen. Bei diesem Personal muss es sich nicht zwingend um Pflegekräfte handeln.

Qualitätssicherung

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Qualitätssicherung. Wie im Heimgesetz des Bundes ist grundsätzlich die jährliche Prüfung jeder stationären Einrichtung durch die Heimaufsichten vorzunehmen.

Hiervon kann abgesehen werden, wenn Erkenntnisse vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung erfüllt sind. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Einrichtung durch die im Auftrag der Pflegekassen tätigen Prüfinstanzen eine Prüfung durchgeführt wurde. Das setzt eine enge Zusammenarbeit voraus. Damit könnte die Prüfungsbelastung für Heime und Bewohner gesenkt werden, denn Heimaufsichten und Kassen-Sachverständige kontrollieren teilweise dieselben Dinge. Zugleich kämen die Pflegekassen durch die Kooperation an ein Sanktionsinstrument, das ihnen bislang versagt blieb – zum Schutze der Bewohner einen Aufnahmestopp für Heime mit schlechter Qualität kurzfristig verfügen zu können.

DER KOMMENTAR



Silke Heinke, Leiterin der vdek-Landesvertretung in Sachsen

Gemeinsame Sprache finden

Der demografische Blick für Sachsen reicht weit. Nach Prognosen, die bisher meist bis etwa 2030 gingen, verschiebt das aktuelle Raffelhüschen-Gutachten den Horizont. Die den sächsischen Pflegekassen vorgestellte Studie „Alter, Rente, Grundsicherung“ liefert Szenarien bis 2050.

Eine konkrete Zahlenbasis ist wichtig, um eigenes Handeln ableiten zu können. Besonders, wenn Herausforderungen einen zeitlichen Vorlauf verlangen, der von der üblichen Planungssicht abweicht. Der demografische Wandel braucht ein Denken in Generationen, Wahlperioden greifen zu kurz.

Die Protagonisten der pflegerischen Versorgung haben das erkannt. Nicht umsonst wurde das „Jahr der Pflege“ ausgerufen. Doch die Pflegereform kommt nicht voran und in Sachsen fehlt beim Thema Pflege die gemeinsame Sprache.

Sicher, das volle Ausmaß der demografischen Veränderungen steht erst noch an. Sachsen kann aber nicht warten. Der Alterungsprozess hierzulande ist weiter fortgeschritten als in anderen Ländern. Auch diese Botschaft unterstreicht das Gutachten.

Zehn Jahre vdek-Ausschuss „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“

Spezielle Ermittlungsgruppen von Polizei und Staatsanwaltschaft sinnvoll

Zehn Jahre nach Gründung des gemeinsamen Arbeitsausschusses „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ durch die Ersatzkassen in Sachsen werden nach wie vor Fälle von Abrechnungsbetrug und Korruption aufgedeckt. Die Bandbreite reicht von einfachen Meldeversäumnissen, wie etwa nicht gemeldetem Standortwechsel der Praxis, bis hin zu vorsätzlichen Täuschungsdelikten mit strafrechtlicher Relevanz.

Aufgrund der Vielzahl der zu prüfenden Fälle tagt dieser Arbeitsausschuss mehrmals im Jahr und stimmt die Strategie zur Weiterverfolgung der Manipulationsfälle ab. Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe sind häufig Versichertenbeschwerden. Auch Anzeigen von Mitbewerbern, die sich benachteiligt fühlen, wird nachgegangen. Auf diesem Wege wurden bisher an die 600 Fälle in der Arbeitsgruppe geprüft. Mehrere hunderttausend Euro konnten so über die Jahre wieder an die Versichertengemeinschaft zurückgeführt werden.

Immer wieder muss festgestellt werden, dass ein Unrechtsbewusstsein bei einzelnen Leistungserbringern, denen ein Fehlverhalten nachgewiesen wurde, nicht erkennbar ist. Dabei gilt im Sozialrecht ein im Vergleich zum Privatrecht vereinfachter Schadensbegriff. Hier reicht bereits ein Verstoß gegen Vertragsinhalte (beispielsweise Meldeversäumnisse, unvollständige Leistungserbringung, unzulässige Zusammenarbeit) aus, um einen Vermögensschaden gegenüber den Ersatzkassen zu verursachen. Es spielt keine Rolle, ob eine erbrachte Leistung als sach- und fachgerecht empfunden wird. Entscheidend ist, dass der Leistungserbringer entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen hat und diese auch einhält. Liegt ein Verstoß gegen die beiderseits anerkannten Versorgungsverträge vor, dann darf auch nicht abgerechnet werden.

UNTERSCHIED

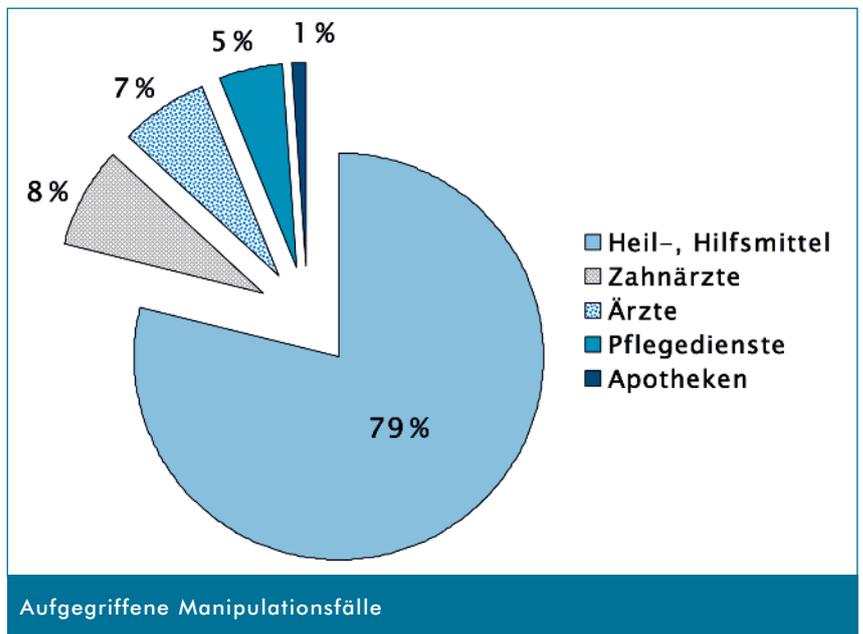
„Im Sozialrecht gilt ein im Vergleich zum Privatrecht vereinfachter Schadensbegriff.“

Dass diese Regelungen für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen gelten, ist oft nicht bekannt.

Die intensiven Bemühungen der Krankenkassen bei der Korruptionsbekämpfung werden konterkariert, wenn sie bei den Ermittlungsbehörden ins Leere laufen, wie es in Sachsen noch zu oft geschieht. Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen sind keine Massenphänomene und kein Alltagsgeschäft von Polizei und Staatsanwaltschaft. Der überwiegende Anteil der Leistungserbringer im Gesundheitswesen hält die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen ein und versorgt die Versicherten der Ersatzkassen in Sachsen gut. Bei der

Strafverfolgung braucht es allerdings der Bündelung von Kompetenz bei den Ermittlungsbehörden, um den komplexen Strukturen des Gesundheitswesens und den Besonderheiten des Sozialversicherungsrechts Rechnung zu tragen.

Ermittlungsbehörden mit speziellen Kenntnissen können Fehlverhalten schneller erkennen, zeitnah bearbeiten und zur Anklage bringen. Sachsen sollte es Ländern wie Hessen gleichen und eine spezielle Ermittlungsgruppe aufbauen. Nur erfolgreiche Manipulationsabwehr hat einen Schutzmanneffekt.



Versorgungsgrade: Drei Farben Wenig

Differenzierung erlaubt gezielte Unterstützung

Die semantische Beschreibung von Engpässen in der ärztlichen Versorgung hat in den letzten Jahren einen Schub erfahren. Beschied sich die in den 1990er-Jahren eingeführte Versorgungsplanung anfangs in einem Zuviel („Überversorgung“) und Zuwenig („Unterversorgung“) an Medizinern, sind zusätzliche Begrifflichkeiten hinzugekommen: „Lokaler Versorgungsbedarf“ und „drohende Unterversorgung“ gestatten Nuancierungen in der Darstellung. Die begriffliche Aufrüstung ging mit der Verabschiedung von Fördermaßnahmen einher. Sie sollen die Bemühungen bei der Problemlösung unterstützen. Die Richtung der sprachlichen Entwicklung und die Koppelung an Fördermaßnahmen sind freilich auch Ausdruck dessen, wo die Versorgungsplanung ihren Tätigkeitsschwerpunkt setzt.

So beschloss der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Sachsen auf seinen gerade zurückliegenden Sitzungen konkrete Schritte zur Abwendung von bestehender oder drohender Unterversorgung einschließlich der Umsetzungsdetails. Ärzte, die eine Praxis oder Zweigpraxis neu gründen oder eine bestehende Praxis übernehmen, können in betroffenen Planungsbereichen Investitionskostenzuschüsse und eine Mindestumsatzgarantie erhalten.

INFO

Überversorgung

Versorgungsgrad: über 110 Prozent

Unterversorgung

Versorgungsgrad Hausärzte: kleiner 75 Prozent

Versorgungsgrad Fachärzte: kleiner 50 Prozent

Drohende Unterversorgung

Zukunftsszenario

Lokaler Versorgungsbedarf

Unterversorgung in Gebiet kleiner als Planungsbereich

Die verschiedenen Begrifflichkeiten der Versorgungsgrade sind im täglichen Diskurs geläufig, doch was steht dahinter? Wann wird bestehende oder drohende Unterversorgung oder lokaler Versorgungsbedarf festgestellt? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein? Wie lange gilt die getroffene Feststellung und welche Vergünstigungen ergeben sich bei einer Niederlassung im betreffenden Planungsbereich oder der Region?

Unterversorgung

Unterversorgung ist zu vermuten, wenn das Zahlenverhältnis Arzt-Einwohner im hausärztlichen Bereich um mehr als 25 v. H. und im fachärztlichen Bereich um mehr als 50 v. H. unterschritten wird. Diese Prüfung ist vom Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen nach der Festsetzung der Bedarfsplanung – in der Regel **quartalsweise** – vorzunehmen.

Bei Aufhebung der bestehenden Unterversorgung gelten die bereits erteilten Förderzusagen bezüglich der Investitionskostenzuschüsse und der Gewährung des Mindestumsatzes wie im Förderbescheid dargelegt weiter. Es können für den betroffenen Planungsbereich jedoch keine weiteren Förderanträge gestellt werden.

Drohende Unterversorgung

Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung führen würde.

Der Landesausschuss nimmt diese Prüfung einmal **jährlich** in seiner Herbstsitzung vor. Dabei ermittelt er einen prognostischen Versorgungsgrad für den jeweiligen Planungsbereich. Dieser berücksichtigt die Zahl der Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit im Alter zwischen 55 und 68 Jahren beendet haben und den sogenannten Nachbesetzungsgrad – das Verhältnis der neuen zu den beendeten Zulassungen bzw. Anstellungen der letzten drei Jahre.

Liegt der prognostische Versorgungsgrad unterhalb der Grenzen, für die Unterversorgung zu vermuten ist, und ist der Planungsbereich nicht wegen Überversorgung gesperrt, wird drohende Unterversorgung festgestellt.

Auch für Planungsbereiche mit drohender Unterversorgung gilt, dass erteilte Förderzusagen nach Wegfall der drohenden Unterversorgung weiterbestehen.

Lokaler Versorgungsbedarf

Kleinräumiger als der quartalsweise Blick auf die Versorgungssituation ist die Untersuchung auf lokalen Versorgungsbedarf. Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereiches feststellen, selbst wenn für ihn keine Unterversorgung vorliegt. Bezugsregionen machen das möglich. Diese sind klei-

ner als Planungsbereiche. Allein für die hausärztliche Versorgung unterteilen sich die 26 sächsischen Planungsregionen nochmals in 74 Bezugsregionen. Ganz Sachsen wird nach diesem engmaschigeren Muster regelmäßig geprüft. Wegen des hohen Aufwandes geschieht das **jährlich** – für Hausärzte im Sommer und für Fachärzte im Herbst.

Die Festlegung des Prüfalgorithmus war Ländersache. Der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Sachsen bestimmte, dass Bezugsregionen für die hausärztliche Versorgung mindestens 5.000 Einwohner aufweisen müssen. Für die fachärztliche Versorgung gelten die bis 1.8.1994 existenten „Altkreise“. Liegt der Versorgungsgrad einer Bezugsregion unter der Grenze für Unterversorgung, erfolgt eine weitergehende Analyse.

Beilrode: 62 Prozent der Patienten ohne Hausarzt vor Ort

Eine der Bezugsregionen, die eine nähere Befassung des Landesausschusses erforderte, ist Beilrode, ein Gebiet mit circa 6.700 Einwohnern in Nordsachsen. Seit 2010 arbeitet dort nur noch ein Hausarzt. Das ergibt einen Versorgungsgrad von 26 Prozent. Für eine ausreichende Versorgung wären vier Hausärzte nötig.

Bei der folgenden tieferen Untersuchung wurden die angrenzenden Bezugsregionen Dommitzsch, Schilddau und Torgau betrachtet. Mit einem Versorgungsgrad von 85 bis 95 Prozent gelten sie als ausreichend versorgt, womit die örtlich begrenzte Problemlage deutlich wurde. Den Ausschlag gaben die Patientenströme: Das fünf Kilometer entfernte Torgau übernimmt mehr als 62 Prozent der Patienten von Beilrode. Die Verschiebung über das übliche Maß hinaus zeigte, dass in Beilrode die hausärztliche Versorgung nicht abgesichert werden kann – die Region erhielt den Status „lokaler Versorgungsbedarf“.

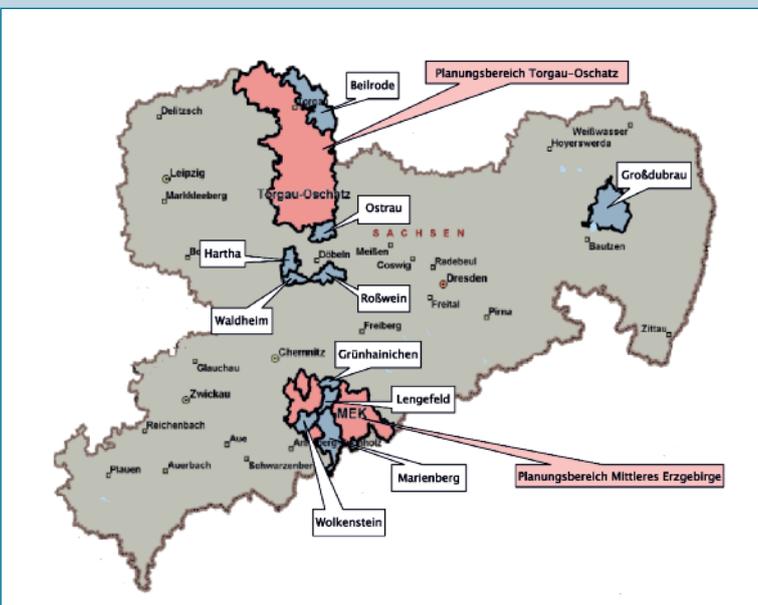
Schwerpunktproblem der Zukunft

Lokaler Bedarf wird vor allem auf dem Lande die künftige Herausforderung für die vertragsärztliche Versorgung sein. Der Feststellung dieser

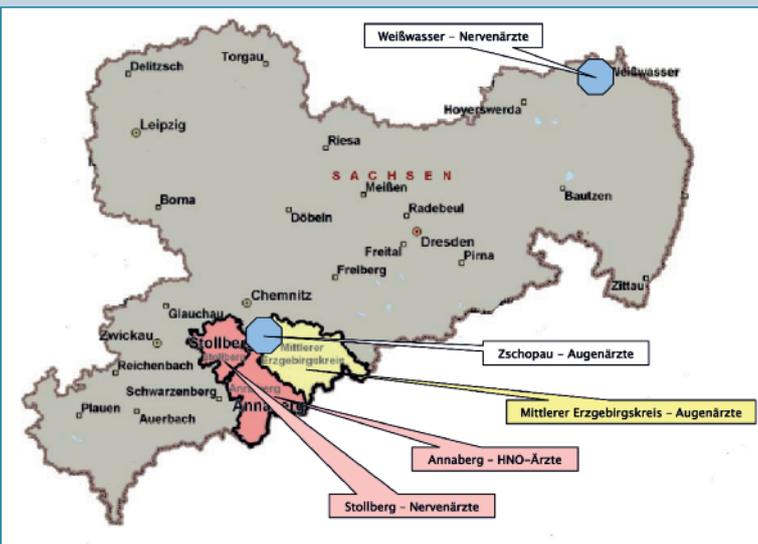
speziellen Farbe des „Zuwenig“ müssen – weitere – Maßnahmen folgen. Der Rückgriff auf bundesweit bestehende Unterstützungsinstrumente für die Ärzte, wie die Möglichkeit, nichtärztliche Praxisassistentinnen einzusetzen, genügt anscheinend nicht. Deshalb sollen nun auch für den lokalen Versorgungsbedarf zusätzliche sächsische Fördermaßnahmen konzipiert werden, die Versorgungsanreize schaffen.

VERSORGUNGSSITUATION IN SACHSEN

Hausärztlicher Bereich



Fachärztlicher Bereich



gelb = Unterversorgung
 Rot = drohende Unterversorgung
 Blau = lokaler Versorgungsbedarf

Mehr Betten in der Psychiatrie

Krankenhausplanungsausschuss beschließt Änderungen in der stationären Versorgung ab 2012

Die künftigen Formen von Sachsens Krankenhauslandschaft werden zu Jahresende feststehen. Noch bis September konnten die betroffenen Kliniken im Rahmen eines Anhörungsverfahrens zu dem vom Sächsischen Krankenhausplanungsausschuss beschlossenen Krankenhausplan 2012 / 2013 Stellung nehmen. Endgültig verabschiedet wird das Vorhaben durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Als ein zentrales Ziel des Krankenhausplanes steht die besondere Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Zugleich soll es eine Weiterentwicklung der im Verbalteil des derzeitigen Planes enthaltenen Fachprogramme geben. Diese umfassen unter anderem die Bereiche:

- Cochlear-Implantation
- Geburtshilfe und Neonatologie
- Geriatrische Abteilungen und Tageskliniken
- Spezialisierte septische Chirurgie
- Spezialisierte Adipositasbehandlung
- Palliativstationen
- Versorgung Schwerbrandverletzter

Im Ergebnis der Beratung des Planungsausschusses zeichnen sich wesentliche Veränderungen in der stationären Versorgung in Sachsen für die folgenden Bereiche ab:

Kapazitätenerweiterung in Psychiatrie

In den somatischen Abteilungen werden aufgrund stagnierender Fallzahlen voraussichtlich über 500 Betten reduziert. Ab 2012 sollen die Bettenzahl in

FORTSCHREIBUNG IM ZWEI-JAHRES-RHYTHMUS

Das sächsische Sozialministerium stellt den Krankenhausplan auf und schreibt ihn in der Regel in einem Zwei-Jahres-Rhythmus fort. Durch Einbindung in die Planung werden einvernehmliche Regelungen mit den an der Versorgung Beteiligten angestrebt. Dem Krankenhausplanungsausschuss gehören unter anderem Vertreter der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kommunen und der Krankenkassen an. Den Ausschuss führt das Sozialministerium.



Hochspezialisierte Leistungen bleiben ausgewählten Kliniken vorbehalten. Foto:DAK

den 24 psychiatrischen Kliniken um insgesamt 110 und die Zahl der tagesklinischen Plätze um voraussichtlich 80 angehoben werden.

Konzentration hochspezialisierter Leistungen

Der Krankenhausplanungsausschuss kommt des weiteren einer Forderung der Ersatzkassen nach, hochspezialisierte medizinische Leistungen auf wenige Standorte zu konzentrieren. Kliniken, die bestimmte Fallzahlen unterschreiten, erfüllen oft nicht die qualitativen Anforderungen an Infrastruktur, Fachärzten, und Pflegepersonal. Der vdek hat hier für eine klare Festschreibung der Einrichtung zur Versorgung plädiert. Die Planungen sehen künftig die Versorgung mit Cochlear-Implantaten ausschließlich an den beiden Universitätskliniken in Dresden und Leipzig vor. Ebenso wird bei der spezialisierten Adipositasbehandlung eine Konzentration auf die Standorte in Dresden-Neustadt, Freital, sowie auf die Universitätsklinik Leipzig und das Klinikum St. Georg Leipzig stattfinden.

Ausweisung von Schwerpunkten

In Fortführung der bisherigen sächsischen Praxis bei der Genehmigung von Schiedsstellenentscheidungen sind im Krankenhausplan alle Zentren abschließend ausgewiesen, für die ein Zuschlag vereinbart bzw. deren Vereinbarung beansprucht wird. Diese Absprache ist zu begrüßen, sie beugt zeit- und kostenintensiven Schiedsstellenverfahren vor und erleichtert die gemeinsame Vertragsarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Einigung bei der Vergütung

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) und die Landesverbände der Krankenkassen in Sachsen haben sich nach intensiven Verhandlungen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen auf eine neue Vergütung der Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen rückwirkend zum 1.4.2011 geeinigt. Danach erfolgt die Vergütung direkt durch die Krankenkassen außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach einem definierten Leistungskatalog, das heißt über Einzelleistungen je Fall. Der Vertragsabschluss gilt für ein Jahr.

Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für psychisch Kranke, die wegen Art, Dauer oder Schwere ihrer Erkrankung eines multiprofessionellen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen und von anderen ambu-

lantem Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen zielt unter anderem darauf ab, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren.

Im Freistaat Sachsen sind an allen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen Institutsambulanzen eingerichtet. Sie haben sich als Bindeglied zwischen der haus- und fachärztlichen Behandlung einerseits und der stationären Versorgung andererseits etabliert. In Sachsen versorgen derzeit 30 Institutsambulanzen circa 80.000 Patienten im Jahr. Die Ersatzkassen sehen in der Vernetzung von Institutsambulanzen mit den übrigen medizinischen und komplementären Leistungserbringern eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

INSTITUTSAMBULANZEN

Krankenhausnahes, multiprofessionelles Versorgungsangebot

KURZ GEMELDET

■ Qualitätssicherung Krankenhäuser

Durch die externe Qualitätssicherung hat sich die Versorgungsqualität von sächsischen Krankenhäusern kontinuierlich erhöht. Das zeigt ein Rückblick der Sächsischen Landesärztekammer auf die letzten zehn Jahre. Nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren erfassen die Krankenhäuser Daten zu mehr als 200 Indikatoren in 26 Leistungsbereichen, die im Anschluss ein externes Qualitätsinstitut bewertet. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren diese Arbeit mit einem jährlichen Beitrag von über 400.000 Euro.

■ Pflegenoten

Ambulante Pflegedienste in Sachsen schneiden bei der Benotung etwas besser ab als der Bundesdurchschnitt. Im Ergebnis der Qualitätsprüfungen erreichen sie die Gesamtnote 1,7; der Wert über alle Länder liegt bei 1,8. Stationäre Einrichtungen erreichen im Schnitt eine Gesamtnote von 1,4, was auch der bundesweiten Mitte entspricht (Stand: 3.10.2011).

■ Pflegeberatung

Der Aufbau der regionalen Pflegenetzwerke zur Pflegeberatung geht voran. Für den 9.12.2011 ist die Gründungsveranstaltung des Netzwerks der Landeshauptstadt Dresden angekündigt. In allen Landkreisen des Freistaats Sachsen sowie in Chemnitz sind inzwischen regionale Pflegenetzwerke etabliert.

■ Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

Sachsenweit bestehen neun kassenartenübergreifende Verträge zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Diese medizinisch-pflegerische Versorgung von unheilbar kranken Menschen mit geringer Lebenserwartung wird von sogenannten SAPV-Teams in Chemnitz, Dresden, Freiberg, Leipzig, Niesky und Zwickau aus übernommen. Mit zwei SAPV-Teams laufen Verhandlungen über eine regionale Erweiterung ihres Versorgungsbereiches.

Pflege: Private an Qualitätsprüfungen beteiligt

Gesamtverantwortung bei gesetzlichen Pflegekassen

Seit Anfang September arbeitet in Sachsen eine zweite Stelle, die die Qualität der Pflegeeinrichtungen kontrolliert. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) teilt sich die Aufgabe mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der bislang allein zuständig war. Die PKV-Prüfer übernehmen einen jährlichen Anteil von zehn Prozent. In diesem Jahr bezieht sich der Umfang auf die noch ausstehenden Prüfungen, sodass die Privaten bis Ende Dezember 77 Einrichtungen untersuchen werden.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) hatte die privaten Versicherungsunternehmen zur Beteiligung verpflichtet. Das Infektionsschutzgesetz (2011) konkretisierte diese Bestimmung. Auf deren Grundlage schlossen die gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Sachsen und der PKV-Prüfdienst eine Vereinbarung zur Teilnahme an den Qualitätsprüfungen. Sie bildet eine verbindliche Basis bis zum Inkrafttreten einer Regelung auf Bundesebene.

Die Gesamtverantwortung für die Qualitätssicherung der Prüfungen liegt weiterhin bei den Pflegekassen. Nach Auffassung der Ersatzkassen sind einheitliche Qualitätsprüfungen unabdingbare Vor-

aussetzungen, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen und daraus Handlungsentscheidungen abzuleiten. Das betrifft insbesondere Maßnahmen zur Beseitigung von qualitativen Defiziten, die bei Pflegeeinrichtungen entdeckt werden. Bei den Vorbereitungen der PKV-Beteiligung stand daher das inhaltlich und methodisch abgestimmte Vorgehen des MDK und des PKV-Prüfdienstes – einschließlich der technischen Umsetzung der Erstellung der Prüf- bzw. Transparenzberichte – im Fokus.



vdek-Arztlotse hilft bei Medizinersuche



Den richtigen Arzt gefunden?
Unterstützung bietet das Internet.
Foto: BARMER GEK

Immer mehr Patienten suchen Informationen über Ärzte im Internet. Im Auftrag der TK, DAK, KKH-Allianz, HEK und hkk hat der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ein Portal entwickelt, das sie dabei unterstützt. Hier können sie Auskunft zu den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten,

Psychologischen Psychotherapeuten und Notfallambulanz in Deutschland erhalten.

Der Arztlotse enthält 240.000 Adress- und Strukturdaten sowie umfangreiche Informationen zu Praxismerkmalen wie Erreichbarkeiten, Sprechzeiten oder Barrierefreiheit. Über eine Schritt-für-Schritt-Suche ist eine Auswahl nach Fachrichtungen, Teilgebiets-

und Zusatzbezeichnungen sowie Spezialisierungen möglich. Eine Bewertung nach dem Schulnotenprinzip ergänzt das Bild über den Arzt und seine Praxis.

Bei dem Arztlotsen kooperieren der vdek und die teilnehmenden Ersatzkassen mit der Stiftung Gesundheit, die seit 1997 ein nichtkommerzielles Auskunftsportal betreibt und auch das Bewertungssystem entwickelt hat.

www.vdek-arztlotse.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
Verantwortlich: Silke Heinke · Redaktion: Dirk Bunzel