

report sachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Erwartungen der Ersatzkassen an die Gesundheitspolitik **Quo vadis Gesundheitswesen?**

Die große Koalition steht, wir haben eine neue Regierung und erstmals eine Bundeskanzlerin. Deutschland steht vor großen Herausforderungen, mannigfaltige Probleme sind zu lösen, um international wieder Anschluss an die Entwicklung der führenden Wirtschaftsnationen zu finden. Handlungsbedarf wird allenthalben im Bereich der sozialen Sicherungssysteme und damit auch im Gesundheitswesen gesehen. Allerdings sind die Passagen im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD zum Thema Gesundheit zu allgemein, als dass daraus ein Zukunftskonzept für ein demografiefestes Gesundheitswesen mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten abgeleitet werden könnte. Zumal die Ausgangspositionen zwischen den nunmehrigen Partnern unterschiedlicher kaum sein könnten. Auf der einen Seite standen CDU/

In dieser Ausgabe

- Positionen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Der Gastkommentar: Patientensicherheit und Eigenverantwortung, Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
- Aktuelles zum Vertragsgeschehen
- Ersatzkassenförderung für Selbsthilfe und ambulante Hospize

CSU für die so genannte Gesundheitsprämie, auf der anderen Seite kämpfte die SPD vehement für die Bürgerversicherung. Zwar verfügt Deutschland nach wie vor über ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern gleichermaßen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung gewährleistet. Doch leidet der Patient GKV schon seit geraumer Zeit an vielen Gebrechen. Sie zu heilen, dürfte eine der vorrangigsten Aufgaben der neuen Regierung sowie der alten und neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sein. Der Fahrplan dazu wurde bereits festgezurr, 2006 soll eine neue Gesundheitsreform

auf den Weg gebracht werden. Ein erster Markstein ist das mittlerweile vorliegende Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz. Auch die Ersatzkassen und ihre Verbände haben ihre Vorstellungen in die Diskussion um den künftigen Weg bereits eingebracht.

Hochwertige Krankenversorgung für alle – auch in Zukunft

Die GKV als ältester Zweig der Sozialversicherung hat einen maßgeblichen und entscheidenden Anteil an der Entwicklung unseres Gesundheitssystems zu

DER KOMMENTAR



**Prof. Dr. Schulze,
Präsident der
Sächsischen Landesärztekammer**

Patientensicherheit und Eigenverantwortung

Das Deutsche Gesundheitssystem steht auf Grund demografischer, finanzieller und struktureller Probleme vor großen Herausforderungen. Die eingeleitete Gesundheitsreform wird diesen Herausforderungen nur in Ansätzen gerecht. Grundlage eines Gesundheitssystems, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, ist dessen solide Finanzierung. Unter Berücksichtigung einer hochqualifizierten Versorgung, der freien Arztwahl, der Chancengleichheit, der Freiberuflichkeit und des medizinischen Fortschritts ist eine Neuausrichtung der bisherigen ökonomischen Grundlagen durch den Staat zwingend erforderlich. Der alleinige Lohnbezug der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Finanzierungsbasis ist bei sinkender Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung und steigenden Ausgaben nicht zeitgemäß und eine Abkopplung deshalb notwendig.

Für Ärzte ist maßgeblich, dass ein Krankenversicherungssystem der Zukunft – ganz gleich ob Bürgerversicherung, Kopfpauschale oder eine Mischung aus beiden – eine individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht und nachhaltig sichert. Eine stärkere Verantwortung und Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen Status kann die finanziellen Grundlagen verbessern.

Die GKV dient der Absicherung einer unbedingt erforderlichen medizinischen Versorgung bedürftiger Bevölkerungsschichten. Die zunehmende Differenzierung von Behandlungsalternativen verstärkt die Notwendigkeit, dem Betroffenen eine autonome Auswahl unter zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Nur der Versicherte selbst kennt seine individuellen Verhältnisse und kann beurteilen und entscheiden, welche weiteren Behandlungsmethoden er in Anspruch nehmen will und kann.

Der Leistungskatalog der GKV sollte demnach ebenfalls grundlegend überarbeitet und in Grund- und Zusatzleistungen aufgegliedert werden. Grundleistungen sind von der GKV vorzuhalten und im gesellschaftlichen Konsens unter maßgeblicher Beteiligung der Heilberufe festzulegen. Zusatzleistungen sind privat zu versichern.

Eine entscheidende Rolle im gesellschaftlichen Konsens spielt die Prävention und Rehabilitation bei der Zuordnung von Leistungsbereichen zum Basis- bzw. Wahlleistungskatalog. Versicherungstechnisch sind verstärkt Anreize für prophylaktische Verhaltensweisen zu schaffen. Ziel einer Gesundheitspolitik muss es sein, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken.

einem der leistungsfähigsten weltweit. Immerhin rund 70 Millionen Versicherten garantiert es bezahlbaren und umfassenden Schutz im Krankheitsfall. Von der Vorsorgeuntersuchung für Neugeborene bis zur Organtransplantation haben die Versicherten Zugang zu jeder medizinisch notwendigen Versorgung, die dem anerkannten Stand des medizinisch-technischen Fortschritts entspricht.

Aus Sicht der Ersatzkassen und ihrer Verbände muss die Finanzierung der GKV zukunftssicherer gemacht werden. Parallel dazu müssen Strukturveränderungen vorgenommen werden, die sicherstellen, dass die Versorgungsangebote dem sich ändernden Bedarf der Versicherten angepasst werden. Dabei haben sich die Strukturprinzipien der GKV – Solidarität, Sachleistung, ehrenamtliche Selbstverwaltung, Wahlfreiheit der Versicherten und Pluralität – sowohl in wirtschaftlichen Wachstumszeiten als auch in Krisensituationen bewährt. Mit Blick auf aktuelle wie auch absehbare ökonomische, soziale, demografische, versorgungspolitische und europäische Herausforderungen ist es unabdingbar, die Gesetzliche Krankenversicherung auf diesem Fundament im Interesse von Beitragszahlern und Patienten zu einer Krankenversicherung aller Arbeitnehmer weiterzuentwickeln.

Wettbewerb schafft Angebotsvielfalt

Die Ersatzkassen und ihre Verbände sehen in der Gewährleistung eines hohen Schutzniveaus für ihre Versicherten nach wie vor ein anspruchsvolles Ziel. Es gilt daher, durchaus vorhandene Rationalisierungsreserven auszuschöpfen. Wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen setzen dabei wichtige Anreize für die Beteiligten, sich auf Qualität und Effizienz der Versorgung zu konzentrieren. Im Wettbewerb untereinander und auch im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung nutzen die gesetzlichen Krankenkassen daher die Möglichkeiten, die ihnen die letzte Gesundheitsreform bereits eingeräumt hatte, um ihren Versicherten kassenspezifische Angebote zu unterbreiten. Dazu zählen u. a. Verträge zur integrierten und Hausarzt-Versorgung, Rabattverträge mit Versand- oder Hausapotheken sowie qualifizierte Angebote für chronisch Kranke. Diese Angebote tragen dazu bei, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Und was liegt mehr im Interesse der Versicherten und Patienten sowie der Arbeitgeber als diese Entwicklung?

Die Ersatzkassen sprechen sich weiter dafür aus, die Arbeitgeber nicht weiter aus der finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Arbeitnehmer zu entlassen. Andernfalls verlieren die Arbeitgeber ihr Interesse an einer wirtschaftlichen und hocheffizienten Gesundheitsversorgung ihrer Arbeitnehmer.

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern

Trotz aller Unkenrufe: Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor sehr leistungsfähig. Dennoch gibt es auch in diesem System etliche Reserven, insbesondere dann, wenn sich die Leistungsangebote noch stärker als bislang am Bedarf der Patienten ausrichten. Insbesondere die wachsende Zahl chronisch Kranker, die leider auch in Sachsen stetig ansteigt, benötigt verschiedene Leistungen, die am besten in einer Versorgungskette erbracht werden. Hier ist in Zukunft eine enge Koordination und Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Physiotherapeuten usw. notwendig. Diese integrierte Versorgung verbessert die Behandlungsergebnisse, erhöht die Transparenz und ist kostengünstiger, weil z. B. so Doppeluntersuchungen vermieden werden können.

Reserven im System nutzen

Gefordert sind auch die Ärzte, die einen nicht unwesentlichen Teil zu den Einsparungen im Gesundheitswesen beitragen können. Würden die niedergelassenen Ärzte im Freistaat Sachsen entsprechend der Rahmenvorgabe zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verordnen, ließen sich mehrere Millionen Euro an Arzneimittelkosten einsparen. Die Rahmenvorgabe sieht vor, teure Originalpräparate durch wirtschaftlichere aber qualitäts- und wirkstoffgleiche Arzneimittel zu ersetzen. Allein für Sachsen ergäbe dies bei drei der zehn umsatzstärksten Arzneimittelgruppen (Cholesterin senkende Arzneimittel, Magen-Darm-Mittel, Herzmittel) ein Einsparvolumen von rund 44 Mio. Euro. Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, dass alle Akteure im Gesundheitswesen ein hohes Maß an Verantwortung für die finanzielle Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung tragen.

Die Ersatzkassen und ihre Verbände in Sachsen wollen sich dieser Verantwortung und den künftigen Herausforderungen stellen.

DMPs flächendeckend in ganz Sachsen

Mit der Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) 2002 hat der Gesetzgeber versucht, erstmals Anreize zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker zu geben. DMPs sind Programme, die für betroffene Patienten eine Verbesserung ihrer regelhaften Versorgung erreichen sollen. Sie setzen dabei auf eine strukturierte Versorgung mit unterschiedlichen Versorgern und Versorger-Zuständigkeiten. Die Ersatzkassen und ihre Verbände in Sachsen haben stets Wert darauf gelegt, in den DMPs hohe Qualitätsstandards umzusetzen. Derzeit sind in Sachsen zwei DMPs akkreditiert – DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie DMP Koronare Herzerkrankungen. Die Resonanz auf die Programme bei den Versicherten ist durchweg positiv. Auch die Beteiligung der Ärzte und Krankenhäuser an den DMPs hat beständig zuge-

nommen. So sind in das DMP Diabetes Typ 2 mittlerweile ca. 40.600 Versicherte in ganz Sachsen eingeschrieben und nehmen rund 2.500 Ärzte sowie 12 Krankenhäuser und drei Rehakliniken daran teil. Beim DMP Koronare Herzerkrankungen werden die 7.000 eingeschriebenen Versicherten von rund 1.600 teilnehmenden Ärzten betreut. Insgesamt 58 Krankenhäuser und zehn Rehakliniken beteiligen sich ebenfalls an diesem DMP. Kurz vor der Akkreditierung steht das DMP Brustkrebs.

Die Entwicklungen bei den DMPs sind sehr erfreulich, zeigen sie doch, dass das Angebot für die Betreuung chronisch Kranker auch in Sachsen kontinuierlich ausgebaut wird und mehr und mehr Risikogruppen nach neuesten Qualitätsstandards behandelt werden.

Ersatzkassen fördern Selbsthilfekontaktstellen und Landesverbände der Selbsthilfeorganisationen

Hilfe für die Selbsthilfe

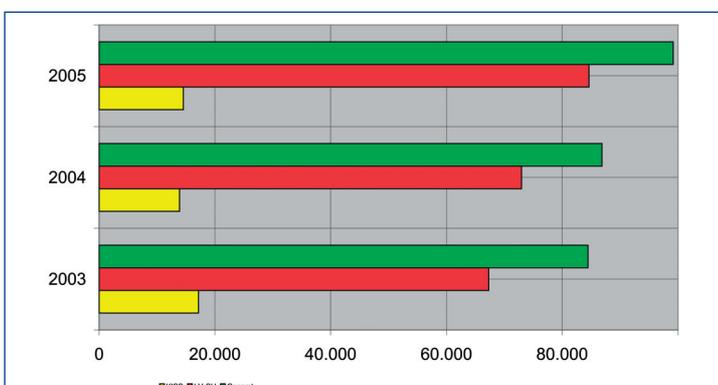
Seit nunmehr drei Jahren werden die Landesverbände der Selbsthilfeorganisationen zentral über die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände gefördert. Hintergrund dieser Umstellung beim Förderverfahren war der Anspruch der Ersatzkassen, das Antragsprocedere für die Landesverbände übersichtlicher und einfacher zu gestalten und zeitlich zu straffen. Seit 2003 werden die Anträge zentral durch die Landesvertretung entgegengenommen und komplett bearbeitet.

Es wird geprüft, ob die Antragsunterlagen durch den Landesverband vollständig eingereicht wurden und die Organisation entsprechend der „Gemeinsamen

und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V“ förderfähig ist. Die beantragten Fördergelder werden durch den Landesausschuss der Ersatzkassen in Sachsen bewilligt. Offensichtlich hat sich das Verfahren bewährt. Die Zahl der Antragsteller nahm in diesem Zeitraum kontinuierlich auf rund 30 Landesverbände zu, ebenso die Höhe der bewilligten Fördermittel. Waren es 2003 noch 50.150,00 Euro belief sich die Fördersumme 2005 auf rund 99.200,00 Euro (vgl. Grafik).

Für die Selbsthilfeorganisationen in Sachsen bedeutet das neben der Erhöhung der Zuwendungen auch eine schnellere Zuteilung der Gelder und somit mehr Sicherheit bei der Planung und Durchführung von Selbsthilfeprojekten. Die Ersatzkassen und ihre Verbände sehen in diesem Fördermodell einen konkreten Beitrag zur Senkung des Arbeitsaufwandes der meist ehrenamtlichen Mitarbeiter in den Organisationen. Weiterhin erwächst hier für die Kassen eine Möglichkeit, die Transparenz der Selbsthilfeförderung zu erhöhen und ungerechtfertigte Mehrfachförderungen zu vermeiden.

Auch bei der Förderung der fünf Selbsthilfekontaktstellen (KISS) in Sachsen beschritt die Landesvertretung vor geraumer Zeit Neuland. Bereits 2001 schloss sie mit den anderen Landesverbänden der Krankenkassen eine „Kooperationsvereinbarung zur



Entwicklung der Förderung in Sachsen 2003-2005

Förderung der Selbsthilfekontaktstellen in Sachsen“ ab. Ziel war die gemeinsame und einheitliche Förderung der Selbsthilfekontaktstellen. Diese Bündelung bot sich an, da die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen kein unmittelbares Wettbewerbsfeld unter den Krankenkassen darstellt. Für die Förderung werden bis zu 0,05 Euro je Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt. Die Kooperationsvereinbarung hat sich bewährt

und garantiert den Selbsthilfekontaktstellen Jahr für Jahr eine konkrete Fördersumme.

Selbsthilfeförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch die öffentliche Hand soll und darf sich nicht gänzlich aus der Unterstützung der sowohl für die Gesellschaft als auch für die Betroffenen so wichtigen Arbeit der Selbsthilfe im Freistaat zurückziehen. Die GKV kann nicht allein diese immense Aufgabe schultern.

Ersatzkassen unterstützen ambulante Hospizdienste in Sachsen

Anerkennung ehrenamtlicher Tätigkeit

22 ambulante Hospizdienste im Freistaat Sachsen erhielten in diesem Jahr von den Ersatzkassen und ihren Verbänden einen Zuwendungsbescheid über die Förderung der ambulanten Hospizarbeit. Insgesamt unterstützen die Ersatzkassen und ihre Verbände die ambulante Hospizarbeit mit rund 213.000,00 Euro. Ziel ist eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung durch die ambulanten Hospizdienste zu gewährleisten.

zurückliegenden Jahr mit 736 ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern über 800 sterbende Menschen in ihrem häuslichen Umfeld begleitet. Vielen der schwer kranken Patienten und ihren Familien kann durch die wichtige und anspruchsvolle Arbeit der Hospizdienste in der letzten Lebensphase die häusliche Geborgenheit erhalten werden.

Zum ersten Mal wurden 2002 die damals 13 ambulanten Hospizdienste auf Grund neuer gesetzlicher Regelungen von den Ersatzkassen und ihren Verbänden mit fast 112.000,00 Euro gefördert. 2005 sind es in ganz Sachsen 22 ambulante Hospizdienste, die die ehrenamtliche Sterbebegleitung übernehmen. Diese Dienste haben im

Stellvertretend für die anderen Hospizdienste wurde dem Christlichen Hospizdienst Dresden e.V. der Förderscheck überreicht. Bei dieser Gelegenheit sagte Ulrike Elsner, Leiterin der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände: „Die ehrenamtliche ambulante Hospizarbeit, die häusliche Sterbebegleitung, ist ein wichtiges humanes Anliegen in einer Zeit, die der Entfremdung der Generationen Vorschub leistet. Deshalb ist das Engagement der ehrenamtlichen Sterbebegleiter nicht hoch genug einzuschätzen.“ Bei der Übergabe mit dabei war die Bundestagsabgeordnete Dr. Marlies Volkmer, die sich als Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag bundesweit für die finanzielle Unterstützung der ambulanten Hospizarbeit eingesetzt hat.



Dr. Marlies Volkmer (MdB), Petra Kählerl (Geschäftsführerin), Ulrike Elsner (Leiterin der Landesvertretung), v.l.n.r.

Erfolgreiche Kooperation in Sachsen

Ersatzkassen und sächsische Volkshochschulen bieten flächendeckend Gesundheitskurse an

Die Ersatzkassen und die Volkshochschulen in Sachsen setzen auch 2005 ihre erfolgreiche Kooperation in der Gesundheitsförderung fort. Mehr als 30 Volkshochschulen beteiligen sich im Freistaat mittlerweile an dieser Zusammenarbeit und bieten den Versicherten der Ersatzkassen ein flächendeckendes Netz an Präventionskursen. Aus den Präventionsfeldern Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtprävention können verschiedenste Angebote wahrgenommen werden. Einen Großteil

der Kursgebühr tragen die Ersatzkassen. Ein Hauptargument beim Abschluss der Kooperation war für die Ersatzkassen die Möglichkeit, durch die sächsischen Volkshochschulen wohnortnah Gesundheitskurse anbieten zu können. Die Volkshochschulen sind ein anerkannter Kooperationspartner in den Kommunen bzw. Regionen. Sie orientieren sich in ihrer Arbeit an dem Motto „Bildung für Gesundheit“ an den Zielen der Weltgesundheitsorganisation und haben bereits seit Jahren bundesweit ein-

heitliche Qualitätskriterien in der Gesundheitsbildung entwickelt.

Ziel der Kooperation ist es, den eigenverantwortlichen Umgang der Versicherten mit der Gesundheit als eine Schlüsselqualifikation der Zukunft zu begreifen. Gesundheitskompetenz erhöht die Motivation, das eigene Verhalten und Wohlbefinden aktiv positiv zu beeinflussen.

Seit Beginn der Kooperation mit den Ersatzkassen im Mai 2003 ist die Zahl der Teilnehmenden an VHS-Gesundheitskursen im Land um 4.000 auf über 37.000 im Jahr 2004 angestiegen. Mit insgesamt 15.000 Unterrichtsstunden in 3.000 Gesundheitskursen leisten die Volkshochschulen somit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Sachsen und dieses in großen Teilen gemeinsam mit den Ersatzkassen.

Aktuelles aus dem Vertragsgeschehen

Integrierte Versorgung I

Lichtblick für Patienten mit chronischen Schmerzen

Damit Patienten mit schweren chronischen Schmerzen zukünftig die Chance haben, trotz ihrer Beeinträchtigungen ein weitgehend normales Leben zu führen, bietet das UniversitätsSchmerzCentrum (USC) am Uniklinikum Carl Gustav Carus ein interdisziplinäres Therapieprogramm an. Die Ersatzkassen haben diese Behandlung über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgesichert.

Diese Integrierte Versorgung eröffnet Patienten wie Krankenhäusern die Möglichkeit einer kompakten und vornehmlich tagesklinischen Therapie.

Koordiniert durch das USC, behandeln Anästhesisten, Psychotherapeuten, Orthopäden und Neurologen sowie Physio- und Ergotherapeuten die Schmerzpatienten. Da die Komplettierung der Diagnostik und die Therapie im USC stattfindet, müssen die Kranken nicht mehr zu jedem einzelnen Spezialisten gehen. Aus medizinischer Sicht gibt es zwei wesentliche Vorteile bei der integrierten Versorgung von Schmerzpatienten: Ärzte und Therapeuten arbeiten auf der Basis eines für alle gleichen Informationsstands und stimmen ihre Behandlung genau aufeinander ab.

Integrierte Versorgung II

Bessere Versorgung der Hodgkin-Lymphom-Patienten

Erster bundesweiter Integrationsvertrag soll krebserkrankten Menschen helfen

Die Ersatzkassen wollen die Versorgung von Patienten, die an dem Hodgkin-Lymphom, einer schweren Krebserkrankung der Lymphe, erkrankt sind, verbessern. Deshalb haben sie gemeinsam mit dem Klinikum der Universität zu Köln, dem Universitätsklinikum Leipzig, der Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus e.V. sowie dem Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen in Deutschland e.V. den ersten bundesweiten Vertrag zur Integrierten Versorgung von Patienten mit dem Hodgkin-Lymphom abgeschlossen. Ziel ist es, die Behandlung der Patienten zu optimieren. Dazu finden regelmäßig Tumorkonferenzen unter Beteiligung von Hämatologen, Strahlentherapeuten, diagnostischen Radiologen,

Pathologen und evtl. anderen Fachärzten statt. Die tumorspezifische Diagnostik und Behandlung erfolgt nach weltweit anerkannten Therapiestandards. Diese ermöglichen eine auf den Patienten maßgeschneiderte Behandlung, die zudem mit möglichst niedrig dosierten Strahlen- und Chemotherapien arbeitet. Auch wird durch eine engmaschige Nachsorge das Risiko von Folgeerkrankungen vermindert. Die Behandlung wird durch einen onkologisch tätigen Arzt koordiniert, der auch gleichzeitig Ansprechpartner für die Patienten ist.

Am Hodgkin-Lymphom erkranken jährlich etwa 1.800 Erwachsene und 200 Kinder. Bei den Ersatzkassen gibt es jährlich etwa 800 Neuerkrankungen. Die Patienten

sollen künftig nach einem international anerkannten und sehr erfolgreichen Therapiekonzept behandelt werden, das von zwei medizinischen Studiengruppen in Deutschland entwickelt wurde. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der Ersatzkassen, bei denen die Diagnose Hodgkin-Lymphom bestätigt wurde. Es ist vor-

gesehen, dass die Behandlung aller bundesweit betroffenen Kinder und Jugendlichen von der Hodgkin-Studiengruppe der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH-HD) mit Sitz am Universitätsklinikum Leipzig qualitätsgesichert wird. Leiter der Studiengruppe ist Prof. Dr. Dieter Körholz.

Ersatzkassen zahlen weitere Schutzimpfungen



Schluckimpfung bei Kindern

Ab sofort übernehmen die Ersatzkassen im Freistaat Sachsen die Kosten für die Impfung gegen Windpocken sowie gegen Hirnhautentzündung für Kinder ab dem 3. Lebensmonat bis zum 18. Lebensjahr. Darüber hinaus tragen die Ersatzkassen die Kosten für

weitere Kinderschutzimpfungen. Die sächsische Impfkommission (SIKO) empfiehlt vor allem die Schutzimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae Typ B, Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten, um eine Grundimmunisierung zu erreichen. Informationen und Auskünfte zu Schutzimpfungen geben die Geschäftsstellen der Ersatzkassen, die Gesundheitsämter, Mütterberatungsstellen sowie Haus- und Kinderärzte.

Kliniklotse der Ersatzkassen

Mehr Transparenz und Information über Qualität und Leistungen der Krankenhäuser

Künftig kann sich ein Versicherter, ein Arzt oder ein Mitarbeiter einer Krankenkasse genauer über ein Krankenhaus informieren. Mit Hilfe des Klinik-Lotse der Ersatzkassen (www.klinik-lotse.de) können von über 2.077 Krankenhäusern in ganz Deutschland umfassende Informationen zu den Struktur- und Leistungsdaten sowie zur Qualitätssicherung abgerufen werden.

Detaillierte Suchfunktionen ermöglichen eine umfassende Recherche nach geeigneten Kliniken in allen Regionen Deutschlands, so auch in Sachsen. Ge-

sucht werden kann beispielsweise nach bestimmten Fachabteilungen, Fachgebieten, Versorgungsschwerpunkten und Hauptdiagnosen, nach der Bettenzahl, der Geräteausstattung sowie nach stationären, ambulanten und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und nichtmedizinischen Angeboten. Interessant sind auch die (bislang freiwilligen) Angaben der Krankenhäuser zu den Maßnahmen der Qualitätssicherung oder zu den Mortalitäts- oder Komplikationsraten. Für medizinische Laien werden umfangreiche Hilfsfunktionen sowie ein ausführliches Glossar zur Verfügung gestellt.

Mindestmengen im Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothese

„Wer etwas häufig tut, tut es gut.“ sagt eine alte Volksweisheit. Gleiches gilt natürlich auch für Ärzte. Qualität heißt eben auch, eine Leistung in einer bestimmten Häufigkeit (Mindestmenge) zu erbringen. Denn, wer z. B. ein künstliches Kniegelenk braucht und sich deshalb operieren lassen muss, der sollte eine Klinik aufsuchen können, die über entsprechendes Know-how und Erfahrung verfügt.

Mit den GKV-Modernisierungsgesetz ist ab dem 1. Januar 2004 die Qualitätssicherung bei zugelassenen

Krankenhäusern ein Teilbereich der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geworden und damit auch die Mindestmengenvorgaben. Für den Bereich der Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) hat der G-BA im Herbst 2005 den wissenschaftlichen Nachweis vorhandener Evidenz bei 50 Knie-TEP pro Jahr anerkannt und dementsprechend in den Mindestmengenkatalog aufgenommen. Die Krankenkassen bereiten eine Studie vor mit Häusern, die die Leistungsmenge erbringen. In Sachsen sind das derzeit 28 Häuser.

PERSONALIEN



Ulrike Elsner

Die Ersatzkassenverbände sind 2005 mit einer neuen Führungsspitze gestartet. Ulrike Elsner übernahm die Leitung der Landesvertretung der beiden Ersatzkassenverbände im Freistaat Sachsen.

Ulrike Elsner ist Jahrgang 1965 und seit mehr als zehn Jahren für die Ersatzkassenverbände tätig. Zuletzt war sie stellvertretende Leiterin der Landesvertretung Berlin. Die Volljuristin studierte in Augsburg, Freiburg und Berlin und war u.a. in Anwaltskanzleien in Seattle und Berlin tätig. „Mein Ziel ist es, für die Ersatzkassenversicherten in Sachsen weiterhin eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu sichern und dazu mit kompetenten Vertragspartnern innovative Modelle umzusetzen“, ist die Maxime der neuen Leiterin.



Herbert Mrotzeck
Foto:
DAK/Wigger

Bereits Ende 2004 übernahm Herbert Mrotzeck den Vorsitz des Landesausschusses der Ersatzkassen. Im Landesausschuss Sachsen sind vertreten: BARMER, DAK, Techniker Krankenkasse, KKH, HMK, HEK, GEK und HZK. Der Landesausschuss ist das wichtigste politische und fachliche Entscheidungsgremium der Ersatzkassen auf Landesebene.

Der 54-jährige Herbert Mrotzeck ist seit 1991 für die DAK als Landesgeschäftsführer in den neuen Bundesländern tätig. 2004 wurden die Länder Berlin, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt zu einer Landesgeschäftsstelle zusammengefasst, deren Leitung Herbert Mrotzeck übernahm.

LITERATURHINWEISE

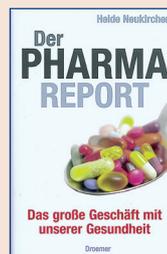


Krankenzustände vermeiden Fehlzeiten reduzieren

Ein Leitfaden für Betriebe von
Mag. Dr. Oskar Meggeneder.
**Fachbuch Recht. 2005,
142 S., kart., € 28,00,
ISBN 3-7073-0752-2.
Linde Verlag, Wien.**

Der optimale Einsatz personeller Ressourcen wird für viele Unternehmen mehr und mehr zum entscheidenden Wettbewerbsvorteil. Krankheitsbedingte Fehlzeiten können reduziert und manche Krankenzustände überhaupt vermieden werden. Dieses Buch stellt einen Leitfaden dar, der zeigt, mit welchen Methoden und Instrumenten beides erreicht werden kann. Es bietet Anleitungen zur Entwicklung eines betrieblichen Krankenzustandsmanagements.

Die im Anhang enthaltenen Checklisten, Musterbetriebsvereinbarungen und Adressen bieten einen großen Zusatznutzen für die Praxis.



Der Pharma-Report

Das große Geschäft mit
unserer Gesundheit
von Heide Neukirchen.
**2005, 271 S., geb., € 19,90,
ISBN 3-426-27353-5.
Droemer Verlag, München.**

Die Autorin macht das Interessengeflecht aus Industrie, Medizin und Patientenorganisationen durchschaubar. Kenntnisreich deckt sie auf, mit welchen Mitteln die Pharmafirmen das Verschreibungsverhalten der Ärzte beeinflussen, wie sich Tests und Studien so steuern lassen, dass sie das gewünschte Ergebnis bringen und welche Auswirkungen die millionenschweren Werbekampagnen auf das Verhalten der Verbraucher haben.

IMPRESSUM

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