

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2008

ersatzkassen

Ungerecht und teuer – Zahnärztliche Vergütung der Ersatzkassen

Der Gesetzgeber plant mit der Umsetzung des GKV-WSG einen verstärkten Wettbewerb unter den Krankenkassen. Damit dies zu fairen Bedingungen geschieht, soll der Morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) Krankenkassen mit relativ vielen Kranken noch stärker finanziell entlasten. Was unverändert bleibt, ist die Vernachlässigung unterschiedlicher Vergütungen im Risikostrukturausgleich. Der RSA erfolgt zu Durchschnittskosten für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Falls eine Krankenkasse höhere Vergütungen für Leistungen zahlt, bleibt sie auf der Differenz zwischen dieser Vergütung und dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung sitzen. Aber letztlich finanziert nicht die Kasse dieses Geld; es kommt von unseren Versicherten, die es planmäßig ab 2009 über die geplante Kopfprämie bezahlen. Ein Wettbewerbsnachteil für die Ersatzkassen mit möglicherweise dramatischen Folgen.

Die Ersatzkassen vergüten die zahnärztlichen Leistungen etwa 20 Prozent höher als die Primärkassen. Bei einem Kostenanteil der Zahnärzte von etwa 5 Prozent an den Gesamtausgaben entsteht demnach eine deutliche Mehrbelastung bei den

In dieser Ausgabe

- Interview mit Dieter Hanisch
- Arzneimittel – Rabattverträge in Gefahr?
- Neue strategische Allianzen?
- Ärztemangel – Zum Stand der Diskussionen im Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen
- Krankenhausplanung – Rahmenvorgaben neu 2008

gesamten Leistungsausgaben. Das wären je Mitglied mehr als 10 Euro pro Jahr. Wir haben die große Sorge, dass wir mit dieser Belastung, die nicht durch Verwaltungskosten der Ersatzkassen oder betriebliche Organisation bedingt sind, langfristig erheblich benachteiligt werden. Dieser Nachteil passt mit den Zielen, mit denen der Gesetzgeber das GKV-WSG begründet, nicht zusammen: Es ist ein weiterer Exodus von Mitgliedern zu befürchten, der dann allein auf einem unfairen Wettbewerb basiert und der die Strukturen in

der GKV weiter nachhaltig destabilisieren würde.

Die bestehenden Vergütungsdifferenzen sind ein Produkt der Geschichte. Vor Einführung des Kassenwettbewerbs (1996) lebten die Ersatzkassen einen indirekten Risikostrukturausgleich, indem sie aufgrund ihrer relativ hohen Einnahmen mit den KZVen relativ hohe Kopfpauschalen vereinbarten.

Der Risikostrukturausgleich hat diesen Einnahmenvorteil zu großen Teilen genommen; die Vergütungsunterschiede sind aufgrund der damaligen Übergangsvorschriften geblieben. Die aktuellen Regelungen des GKV-WSG für den Zahnarztbereich zementieren die beschriebenen Wettbewerbsnachteile.

Natürlich bietet das SGB V den Vertragsparteien Möglichkeiten, dieses Problem auf dem Vertragswege zu regeln. Die Selbstverwaltung hat das in den letzten Jahren jedoch nicht erreicht, weil die Interessen von KZV und Ersatzkassen in diesem Punkt diametral verschieden sind: Jeder gesparte Euro der Ersatzkassen ist ein verlorener Euro für die Zahnärzte.

Die nach den Honorarverhandlungen folgenden Schiedsamtverfahren gem. § 89 SGB V konnten auch keine befriedigenden Lösungen erzeugen, weil sich die Spruchpraxis des Schiedsamtes in der Regel am bilateralen Vertragsverhältnis orientiert. Von dieser Seite ist deshalb auch in der Zukunft keine Problemlösung zu erwarten. Die Selbstverwaltung kann unser Anliegen deshalb nicht lösen.

Die Ersatzkassenverbände fordern die große Koalition deshalb nachdrücklich auf, diesen Sachverhalt zu thematisieren und die zugehörigen Gesetzesanpassungen – Nivellierung der Vergütungsdifferenzen zwischen den einzelnen Krankenkassen – vorzunehmen. Nur so wäre politische Glaubwürdigkeit mit dem GKV-WSG in Verbindung zu bringen. Falls dies nicht geht oder nicht durchsetzbar erscheint, gibt es nur eine echte Alternative: Den Zeitplan zur Umsetzung des GKV-WSG so anzupassen, bis die bestehenden Widersprüche im Verfahren aus dem Weg geräumt sind.

DER KOMMENTAR



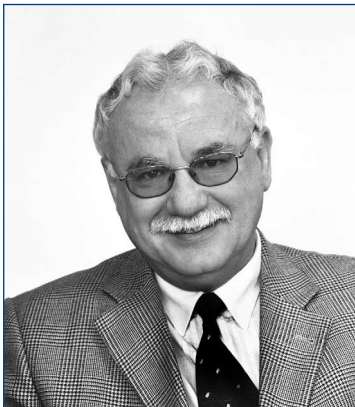
Dr. Klaus Holst,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Die Positionen von KZV S-A und Ersatzkassen zur Honorierung vertragszahnärztlicher Leistungen sind überzeugend und verständlich. Sie passen nur nicht zusammen. Angesichts des Zeitplanes zur Einführung des Gesundheitsfonds eine von vielen Ungereimtheiten, die aufgelöst werden müssen, wenn es der Gesetzgeber mit seinem fairen Leistungswettbewerb ernst meint. Allerdings ist die Vergütung der Zahnärzte nur eins von den vielen Problemen, die die Umverteilung des Fonds erzeugen oder verschärfen wird. So sorgt die Streuung der Basisfallwerte bei den Krankenhäusern zwischen den Ländern für erhebliche Verzerrungen im Wettbewerb: Länder mit effizienten Krankenhausstrukturen bringen regionale Kassen wie den AOKen ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile, während andere mit einer relativ teuren Krankenhauslandschaft – im Vergleich mit den bundesweit agierenden Ersatzkassen – AOKen Wettbewerbsnachteile aufbürden. Das Angleichen der landesweiten und hausindividuellen Basisfallwerte würde diese Wettbewerbsverzerrungen lösen – dafür entstünde ein Umverteilungsbetrag in Milliardenhöhe, der effizienten Krankenhäusern ohne Not erhebliche Einnahmen verschafft, während teure Häuser in kürzester Zeit finanziell ins Taumeln geraten. Die Bayern wissen, warum

sie diese Umverteilung erheblich beschränken wollen. Die große Koalition sucht jetzt nach einem Gutachter, der diese Effekte klein rechnet.

In dieser Lage brauchen die Akteure des Gesundheitswesens vermehrt strategische Allianzen, die ein Ausspielen durch die Vertragspartner auf der anderen Marktseite verhindern. Diese Erkenntnis dürfte insbesondere im Arzneimittelsektor reifen, wo Rabattverträge einzelner Kassen nach euphorischem Empfang nun doch keine Wirkung zeigen. Allein in 2007 sind die Arzneimittelausgaben je Versicherten in Sachsen-Anhalt wieder um mehr als 6 Prozent gestiegen. Die Ersatzkassen haben die Notwendigkeiten zur Bildung von Kooperationen verstanden: Der VdAK startet zum 01.07.2008 mit neuen Strukturen und neuer Geschäftsordnung durch!

Das Interview: Dieter Hanisch KZV Sachsen-Anhalt



Dieter Hanisch, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Sachsen-Anhalt

▼ **VdAK/AEV: Das GKV-WSG ist seit einem guten Jahr in Kraft. Welche Änderungen erwartet die KZV Sachsen-Anhalt durch die neuen Gesetze? Ist die Zahnärzteschaft überhaupt betroffen?**

▲ Hanisch: „Die neuen Gesetze beeinflussen auch die Zahnärzteschaft. Positiv sieht die KZV den Wegfall der Zulassungsbeschränkungen für Zahnarztpraxen und die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung

durch den Patienten. Kritisch zu betrachten ist die Einführung des Standardtarifs (ab 2009 Basistarif) in der PKV, der eine kostendeckende Vergütung zahnärztlicher Leistungen nicht garantieren kann. So steht auch die KZV der Einführung des Gesundheitsfonds kritisch gegenüber.“

▼ **Durch den Kassenwettbewerb entstehen den KZVen Saldierungsverluste in Millionenhöhe. Versicherte wechseln von Krankenkassen mit hoher Vergütung für die Zahnärzte in solche mit niedrigeren Honoraren. Ist dieser Trend für die KZV S-A ein Problem?**

▲ „Dieser Trend stellt für die KZV S-A ein großes Problem dar. Da diese Wechselwilligen ihre

gewohnt hohen Versorgungswünsche in „Billigkassen“ (geringerer Beitragsatz) mitnehmen, werden sie früher oder später feststellen, dass man für kleine Beitragssätze nicht unbegrenzte Leistungen erwarten kann. Bis dahin wird natürlich die wirtschaftliche Situation der zahnärztlichen Praxen keinesfalls entspannter und man muss damit rechnen, dass die engmaschige, flächendeckende Versorgung deutlich ausgedünnt wird. Nicht jeder Patient wird mehr „seine“ Praxis „um die Ecke“ vorfinden.“

▼ **Leidtragende dieser Verschiebungen auf dem Krankenkassenmarkt sind die Ersatzkassen. Haben Sie Verständnis für unser Anliegen, eine Nivellierung der Vergütung von Primär- und Ersatzkassen herbeizuführen?**

▲ „Natürlich hat die KZV S-A Verständnis für die Probleme der Ersatzkassen, aber vor allen auch für die Versorgungssituation der Ersatzkassenmitglieder. Eine Nivellierung in Richtung Vergütungssenkung kann nur eine Verschlechterung der Versorgung bedeuten. So war es z.B. in Sachsen-Anhalt für Ihre Versicherten noch nie notwendig, eine Behandlung aus Kostengründen in spätere Quartale zu verschieben. Mit diesem Bonus (Wettbewerbsvorteil) sollte man wuchern. Ein Entzug von finanziellen Mitteln für die zahnärztliche Versorgung, egal welcher Art, wird immer mit einem Absenken des Versorgungsniveaus einhergehen.“

Arzneimittel – Rabattverträge in Gefahr?

Mit dem GKV-WSG bieten sich den Krankenkassen neue Chancen, den Wettbewerb im Arzneimittelbereich zu nutzen. Demnach können Krankenkassen und deren Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren.

Bereits im April 2007 unterzeichneten die Ersatzkassenverbände VdAK/ AEV im Auftrag ihrer Mitgliedskassen Rabattvereinbarungen mit 26 Generikaherstellern. Im Vorfeld wurden Pharmafirmen dazu aufgefordert für insgesamt

neun Wirkstoffe Rabattangebote zu unterbreiten. Diese Verträge haben eine Laufzeit von einem Jahr und endeten am 01. April 2008. Die Ersatzkassen gingen allein bei diesen Vereinbarungen von Einsparungen in Höhe von rund 30 Mio. Euro aus.

Ergänzend hierzu konnte ein Rabattvertrag mit Actavis, einem der weltweit größten Generikaanbieter abgeschlossen werden. Dieser deckt mit 44 vereinbarten Wirkstoffen u. a. die Versorgung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab. Zudem beabsichti-

gen die Ersatzkassen zukünftig Verträge über das Gesamtsortiment von einzelnen Anbietern oder Vereinbarungen über weitere Wirkstoffe abzuschließen.

Sozialgericht stoppt Rabattverträge

Offensichtlich sind Rabatt- nicht gleich Rabattverträge, zu mindestens wurden seitens des Landessozialgerichtes in Baden-Württemberg die Verhandlungen der AOK für Rabattverträge für rund 60 Wirkstoffe gestoppt. Nach Ansicht des 5. Senats des LSG sei die Gleichbehandlung der Hersteller von Nachahmepreparaten im angewandten AOK-Verfahren nicht ausreichend gewährleistet.

An der Rechtmäßigkeit des Vergabeverfahrens, wie in den Verträgen des VdAK/ AEV geregelt, gibt es allerdings keine Zweifel. Nach derzeitigem Sachstand sind gegen die im Ersatzkassensystem abgeschlossenen Rabattverträge keine Klagen anhängig.

Apotheken unterlaufen Vereinbarungen.

Im Zusammenhang mit den „Ersatzkassenverträgen“ scheint deren Umsetzung jedoch von einzelnen Apotheken unterlaufen worden zu sein. Interne Abrechnungsprüfungen haben ergeben, dass eine Anzahl von Apotheken der gesetzlichen Verpflichtung zur Abgabe rabattierter Arzneimittel nicht nachkommen. Zur Vermeidung von finanziellen Nachteilen unserer Versicherten machen die Ersatzkassen diesen Apotheken gegenüber Regressansprüche geltend.

Fazit: Die anfängliche Euphorie zur Möglichkeit von Rabattverträgen scheint angesichts dieser jüngsten Entwicklungen gedämpft. Von Seiten des VdAK/AEV werden für das Jahr 2008 vorerst keine weiteren Vertragsabschlüsse mit Generikaherstellern angestrebt. Verträge mit Originalherstellern sind jedoch durchaus erwünscht bzw. nicht ausgeschlossen.

Neue strategische Allianzen? – Das deutsche Gesundheitswesen nach dem GKV-WSG

Das Gesundheitswesen Deutschland ist im Umbruch. Vor diesem Hintergrund diskutierten die Teilnehmer anlässlich des X. Gesundheitspolitischen Symposiums über neue strategische Allianzen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

Hierbei haben Vertreter beider Seiten sich vehement für mehr Gestaltungsspielräume innerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ausgesprochen. Gerade hier handelt es sich mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 lediglich um politisch motivierten Aktionismus. Für die Teilnehmer blieb es insbesondere offen, ob die über den Gesundheitsfonds abzusichernden Beitragseinnahmen der Krankenversicherung von der Konjunktur unabhängig gestaltet werden können, wie es die Politik immer wieder behauptet.

Die Positionen im Einzelnen:

Aus Sicht der BARMER wird das GKV-WSG umgesetzt werden. Dabei sollten die Chancen der neuen Gesetzgebung für die Positionierung im Wettbewerb genutzt werden. Man sehe aktuell Erfolge insbesondere im Bereich der Ersatzkassen im ärztlichen Bereich an. Aufgrund der Ausgestaltung des EBM 2008 ist davon auszugehen, dass die Budgetierung im ärzt-



Die Diskutanten Birgit Fischer (BARMER), Maria Michalk (CDU-MdB) und Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (GEK) von rechts

lichen Sektor beibehalten werden muss – auch wenn nach dem Willen des Gesetzgebers das „Morbiditätsrisiko“ auf die Krankenkassen übergehen soll.

Die GEK betonte die Notwendigkeit neuer strategischer Allianzen zwischen Krankenkassen, um Verträge abschließen zu können, die wirtschaftlich und ökonomisch relevant sind. Solche Verträge wären allerdings mit 10 oder 15 Prozent Marktanteil nicht zu erreichen.

Die privaten Krankenhäuser fordern dagegen einen Wettbewerb um den souveränen Patienten,



Aufmerksame Symposiumsteilnehmer

den das GKV-WSG nicht einführt. So wirken auch die einprozentige Kürzung für die integrierte Versorgung, die Vorgaben von Mindestmengen für 116 b-Verträge oder die Angleichung hin zu einem DRG-System mit festen Preisen wettbewerbsschädlich. Sinnvoll wäre es, den Kontrahierungszwang und die staatliche Krankenhausplanung aufzugeben, so dass dann monistische Finanzierung von Krankenhausinvestitionen eine freie Standortwahl ermöglicht. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern würde lediglich durch die Optionen der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) verbessert.

Für die Pharmaindustrie sind die MVZ ebenfalls interessante neue Leistungsanbieter, die neue Vertragsoptionen eröffnen. Dabei ist der Leistungsschwerpunkt des MVZ entscheidend. Das gilt genauso für die DMP, deren Zukunft nach den geplanten Neuregelungen zum Gesundheitsfonds offen ist. Es wird wesentlich darauf ankommen, wie die anstehende Evaluation dieser Programme ausfällt. Aus wissenschaftlicher Sicht ist das Ausmaß

von Kooperation im deutschen Gesundheitswesen noch nicht ausreichend. Das liegt an den vielen Regulierungen, denen die Ausgestaltung von Verträgen durch das SGB V und der nach geordneten Gesetzgebung unterworfen ist.

Beispiele hierfür sind asymmetrische Verträge im Arzneimittelsektor (Rabattverträge), Vereinheitlichungstendenzen durch Einheitspreise im Krankenhausbereich oder mangelnde Funktionsfähigkeit von Verträgen der integrierten Versorgung.

Mehr Kundenorientierung und zunehmende Ökonomisierung sollten die Basis für zukunftssträchtige Strategien im Gesundheitswesen sein.

Fazit: Das GKV-WSG verschärft den Wettbewerb – wie auch die Leistungserbringer erkannten – lediglich unter den Krankenkassen. Und die Krankenkassen werden sich künftig nur dann gegen die Marktmacht der AOKen behaupten, wenn sie in wesentlichen Geschäftsfeldern strategische Allianzen bilden.



Paul-Friedrich Loose (BARMER) Dr. Volker Schmeichel (VdAK) und Birgit Fischer (BARMER), im Pausendialog

Bitte vormerken!

Am 16. und 17. Oktober 2008 wird zusammen mit der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. im Bildungszentrum Schloss Wendgräben, Wendgräbener Chaussee, 39279 Wendgräben

das XI. Gesundheitspolitische Symposium

stattfinden.

Ärztemangel – Zum Stand der Diskussionen im Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen

Der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen ist ein Gremium mit vielen Beteiligten, die schon lange um die Definition von Begriffen wie Unterversorgung, Wirkungsanalyse der Sicherstellungszuschläge, Qualität von Prognosemodellen oder Umsetzung der Kreisgebietsreform ringen. Denn diese Mitglieder sind uneins über die Gegenstände, die sie beurteilen sollen. So findet der Landesausschuss unterversorgte Gebiete auf der kommunalen Ebene, gemäß Bedarfsplanungsrichtlinien wären hierfür jedoch die Landkreise und kreisfreien Städte heranzuziehen.

Die Definition einer Planungsregion bzw. Versorgungsregion ist hier ausschlaggebend. Während sich der G-BA eindeutig auf die Landkreistypisierung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung bezieht, sieht der Landesausschuss eine kommunale Aufgliederung als angemessen an. Somit spürt der Landesausschuss unterversorgte Gebiete auf kommunaler Ebene auf. Anträge seitens der Ärzteschaft, drohende Unterversorgung auf kommunaler Ebene festzustellen, sind überwiegend im LA mehrheitlich beschlossen. In diesen Regionen gewährte der LA bis zum 12.11.2007 Sicherstellungs- bzw. Leistungszuschläge mit einem Gesamtvolumen von 921.714,- Euro!

Die gewährten Sicherstellungszuschläge stammen aus Versichertengeldern. Jeder Euro, der in diesem Zusammenhang an Ärzte ausgezahlt wird, fehlt für die Finanzierung alternativer Versorgungsangebote oder den Versicherten selbst. Der verantwortungsvolle Umgang mit diesen knappen Geldern gebietet, dass die Wirksamkeit dieser Subventionen überprüft wird. Uns treibt die Sorge um, dass das Geld entweder an wirtschaftliche Praxen vergeben wird, die diese Unterstützung nicht bräuchten. (In diesen Fällen handelt es sich um hundertprozentige Mitnahmeeffekte.) Oder, dass Ärzte sich allein aufgrund dieser Förderpraxis in den ausgewählten Kommunen niederlassen, obwohl unzureichende Fallzahlen dauerhaft kein wirtschaftliches Arbeiten ermöglichen. Auch in diesen Fällen wären die finanziellen Ressourcen komplett verschwendet. Schließlich ist zu hinterfragen, ob sich die Kollegen in benachbarten Kommunen angesichts dieser Förderpraxis gerecht behandelt fühlen. Wir werden berichten, wenn der Landesausschuss zu diesen Problemen eine bewertende Analyse vorgelegt hat.

Die Bedarfsplanung hat den Zweck, die Niederlassung von Ärzten zu steuern. Mit der Neufassung des § 105 SGB V finden verstärkt Subventionen Eingang in die Finanzierung vertragsärztlicher Tätigkeit. Aus ökonomischer Sicht ein zweifelhaftes Instrument, der demographischen Entwicklung, die auch vor der Ärzteschaft nicht halt macht, zu begegnen. Es würde die Bedarfsplanung überfordern, wenn sie den Bedarf an Ärzten in jeder Kommune ermitteln und bedienen sollte. Es wäre sozialpolitisch ausgesprochen bedenklich, die Bedarfsplanung so zu modifizieren, dass sie „morbiditybedingt“ endlich den wahren Bedarf an Ärzten signalisiert, den die kassenärztliche Vereinigung schon seit einem halben Jahrzehnt im Hinterkopf hat, wenn sie den Ärztemangel thematisiert.

Die aktuelle Diskussion um die vertragsärztliche Versorgung verwechselt systematisch verteilungspolitische Ziele mit den akuten realwirtschaftlichen Problemen unserer Volkswirtschaft. Der Bevölkerungsschwund ist die eigentliche Ursache der Auseinandersetzungen. Er verlangt, dass künftig immer weitere Wege zum Hausarzt gegangen werden müssen, wenn die finanzielle Stabilität unseres Systems nicht gefährdet werden soll und ein dauerhaftes Interesse an unserem Solidarprinzip besteht. Maßnahmen, die geeignet sein könnten, um diese Entwicklung abzufedern, sind denkbar: Schwester Agnes kann Hausärzte kostengünstig entlasten, die Praxisgebühr reduzierte die „Morbidity“ bei Einführung in Sachsen-Anhalt um 13 Prozent. Zu begrüßen ist auch die Entscheidung des Schiedsamtes gem. § 89 SGB V über die Absenkung des Punktwertes für die Regelleistungsvolumina auf 3,7 Cent. Dies ist auch ein Schritt in die richtige Richtung, weil er Leistungsanreize setzt.

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU hat jüngst eine Initiative zur Anpassung der Notdienstbereiche gestartet, um die Diskriminierung der Landärzte im Notdienst zu beseitigen.

Langfristig sind es aber die Entscheidungen jedes einzelnen von uns für eine Familie und über politische Weichenstellungen, die unsere Zukunft gestalten. Die Bedarfsplanung kann das vorliegende Angebot an ärztlichen Niederlassungen nur verteilen – und sie zeigt keine akuten Probleme an.

Krankenhausplanung – Rahmenvorgaben neu 2008

Unklarer Demographie- und Morbiditätsbezug war der Auslöser für ein „Nein“ des Landtages zum Krankenhausplan 2007 im letzten Sommer. Das Ministerium hat nun reagiert und neue Rahmenvorgaben vorgelegt.

Grundlagen der neuen Rahmenvorgaben sind die vierte regionalisierte Bevölkerungsprognose für Sachsen-Anhalt von 2007 und die Leistungsdaten der Krankenhäuser (Daten gem. § 21 KHEntgG) aus dem Jahr 2006. Die Bevölkerungsprognose zeigt die Bevölkerungsentwicklung nach Landkreisen bis zum Jahr 2025. Hiernach wird die Zahl der Sachsen-Anhalter um ca. 20 Prozent abnehmen. Dieser Bevölkerungsschwund ist in den Landkreisen deutlich höher und fällt in Magdeburg und Halle moderater aus. (siehe auch aktuelle Statistik auf Seite 8) Der Verlust der Bevölkerung hat Auswirkungen auf viele Bereiche (Schulen, öffentliche Einrichtungen, etc.) und natürlich auch auf die dann notwendige Vorhaltung an Krankenhausstrukturen. Wie kann der Zusammenhang zwischen der demografischen Entwicklung und der Nutzung der Krankenhäuser hergestellt werden?

Die Leistungsdaten der Krankenhäuser geben Auskunft über Umfang und Art der Krankenhausbehandlungen für die Einwohner einer Region. Das Institut für Sozialmedizin an der Universität Magdeburg hat die Struktur dieser Krankenhausesfälle mit der zuvor genannten Bevölkerungsprognose verknüpft, um die Entwicklung der Leistungen für den Zeitraum von 2007 bis 2011 vorherzusagen. Hiernach ist für die männliche Bevölkerung eine Zunahme der Behandlungsfälle um zwei Prozent zu erwarten, dagegen eine Abnahme der Krankenhausesfälle bei der weiblichen Bevölkerung um zwei Prozent. Die Anzahl der Krankenhausesfälle insgesamt bleibt hiernach bis 2011 nahezu konstant. Der Strukturwandel zwischen den Fachgebieten ist dagegen erheblich: Im Bereich der Geburtshilfe etwa wird bis 2011 ein Rückgang der Leistungen von 12 Prozent erwartet.

Ergebnisse für die neue Rahmenplanung

Neben der demografischen Prognose für jeden Landkreis nach Fachgebieten erfolgten auch inhaltliche Überarbeitungen an den Rahmenvorgaben.

So ist erstmals eine Mindeststundenanzahl für die fachärztliche Präsenz in einem anerkannten Schwerpunkt festgelegt. Ein anerkannter krankenhauplanerischer Schwerpunkt setzt voraus, dass die Anwesenheit der Fachärzte gegenüber der Basisversorgung in besonderem Umfang gewährleistet wird.

Die neue Rahmenplanung setzt klare Regeln für die Einstufung von Versorgungsstufen der Schwerpunktversorgung, sowie die Korrespondenzen zwischen den Fachgebieten der Inneren Medizin und der Chirurgie. Standorte müssen künftig Mindestfallzahlen nachweisen. Angesichts der geringen Anzahl von früh geborenen Kindern und in Anlehnung an die Empfehlungen aus der Fachgruppe Perinatalmedizin sind in den Rahmenvorgaben drei Perinatalzentren festgeschrieben, davon eins in Magdeburg und zwei in Halle.

Der Krankenhausplan setzt in schrumpfenden Leistungsbereichen auf Kooperation und Konzentration der Krankenhäuser. Diese sollten den Plan nutzen, um ihre Fachgebietsstruktur an der erwarteten Bedarfsentwicklung auszurichten. Vorgaben von Mindestmengen aus dem Rahmenplan erleichtern die Leistungsabstimmung und Kooperation der Krankenhäuser.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

Das Krankenhausgesetz sieht Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen vor, die die genannte Kooperation und Leistungsabstimmung zwischen Krankenhäusern gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen festlegen.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben sich die Krankenhäuser in der Vergangenheit jedoch mit Verträgen, die ihre künftige Leistungsentwicklung in ausgewählten Bereichen ausschließen, schwer getan. Der Wettbewerb um die Patienten schließt Kooperationen und Leistungsabstimmung in der Praxis, zumindest unter Beteiligung der Krankenkassen, nahezu aus.

Die neue Rahmenplanung setzt die Fachrichtungen für die Häuser. Dies ist die einzige Einschränkung des Versorgungsauftrages. Weitere Bestim-

mungen sind in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen unter den Vereinbarungspartnern zu treffen, in Zukunft in Kenntnis der Prognosen bis 2011, was verbindliche Absprachen in Zukunft erleichtern könnte.

Ausblick

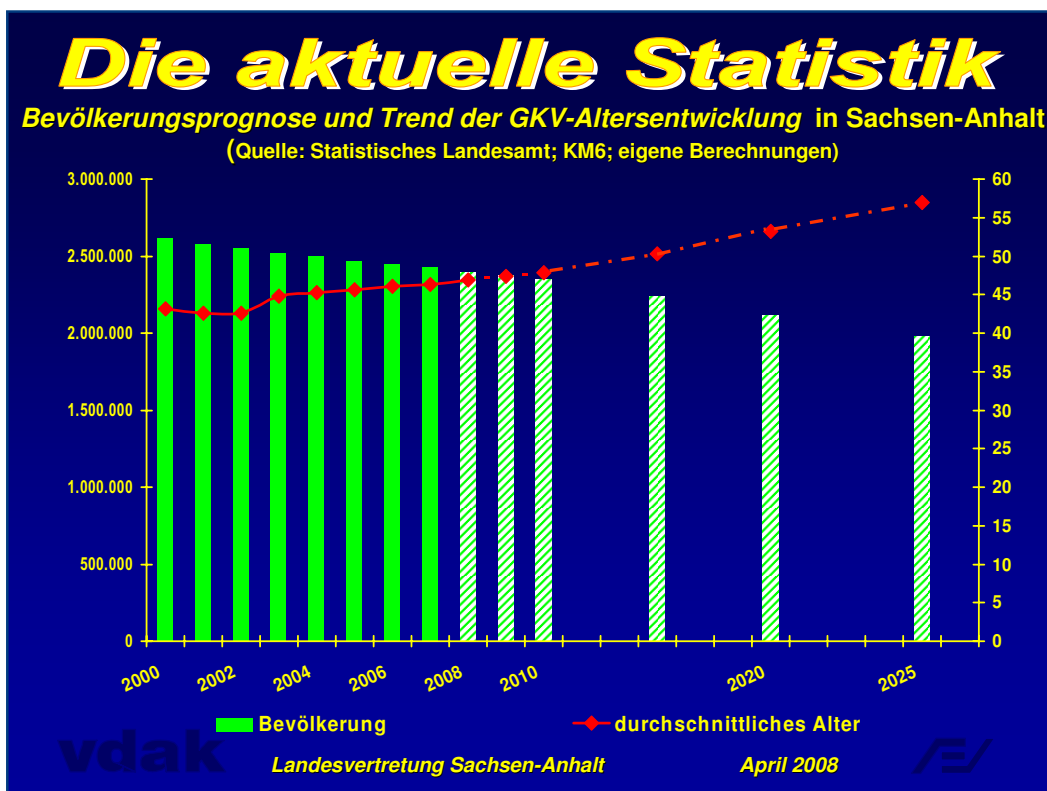
Die Überlegung, dass der prognostizierte Bevölkerungsrückgang weniger Krankenhaufälle erzeugt, ist angesichts der älter werdenden Bevölkerung unzutreffend. (siehe unten „Die aktuelle Statistik“)

Sachsen-Anhalt wird bis 2011 nahezu unveränderte Krankenhaufälle haben, allerdings in an-

derer Struktur. Damit der notwendige Strukturwandel reibungslos verläuft, sind Kooperationen und Leistungsabstimmungen der Krankenhäuser unabdingbar. Ruinöse Konkurrenz durch Aufbau von Doppelvorhaltungen und die parallele Entwicklung von Abteilungen gleicher Fachgebiete am Ort würde zu Verschwendung knapper Versicherungsgelder führen.

Die Ersatzkassen erwarten deshalb, dass die Krankenhäuser ihre Anträge zum Krankenhausplan in Abstimmung mit ihren Nachbarn vorlegen. Dieses wäre der erste notwendige Schritt hin zu konstruktiven Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die diesen

Strukturwandel inhaltlich näher untersetzen und weiter befördern.



Die Bevölkerungsprognose und der Trend bei der Altersentwicklung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind deutlich: Weniger und deutlich ältere Menschen. Sachsen-Anhalt braucht tragfähige und finanzierbare Perspektiven in allen Lebensbereichen und für alle, die in unserem Bundesland wohnen und arbeiten.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
 Schleifufer 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