

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Nov. 2007

ersatzkassen

Das Ersatzkassenforum 2007

Zu teuer und dauerhaft marode? Perspektiven der Krankenhäuser im Land

„Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich zur Zukunft der Krankenhausfinanzierung positioniert: Die duale Krankenhausfinanzierung soll weiter Bestand haben. Das Krankenhausergänzungsgesetz zeichnet die Vergütung von Krankenhausleistungen in den nächsten Jahren vor. Damit scheint der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhäuser im Land gesetzt zu sein.“

Lässt sich die duale Krankenhausfinanzierung dauerhaft durchhalten – Was sind die Alternativen? ...“

So lautete das Entree der Einladung zum diesjährigen Ersatzkassenforum, das sich aus aktuellem Anlass gerade diese inhaltlichen Schwerpunkte setzte.

Um es vorweg zu nehmen: Sachsen-Anhalt hat von 1991 bis 2006 insgesamt 2,454 Mrd. für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt, sodass unsere Krankenhauslandschaft zu dem Modernsten zählt, was unsere Republik im stationären Sektor des Gesundheitswesens zu bieten hat. Klagen über marode Verhältnisse gibt es deswegen trotzdem noch immer und zwar dort, wo es noch ein wenig besser sein könnte. Warum auch nicht? Wer anspruchsvoll ist, strebt nach dem Besseren und das ist gut so.

Die Anzahl der Plankrankenhäuser ist in Sachsen-Anhalt von 72 (1991) auf 50 (2005) gesun-

In dieser Ausgabe

- Kurzinterview mit Petra Grimm-Benne
- Das Ersatzkassenforum – Referenten und Positionen
- Gastkommentar
Kurt Brumme, sozialpolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion
- Tag der integrierten Versorgung
integra – neue Wege zur Gesundheit
- Jubiläum – 10 Jahre LA-Vorsitz
- Kurznotizen

ken. Der damit verbundene Strukturwandel hat überwiegend zu Fusionierungen geführt. In den letzten 10 Jahren wurden sechs Standorte geschlossen:

- Oranienbaum
- Bahrendorf
- Roßblau
- Teutschenthal
- Harzgerode
- Wettin

Zudem wird der nächste Krankenhausplan voraussichtlich die früheren Plankrankenhäuser Hohenmölsen, am Städtischen Klinikum Magdeburg den Standort Altstadt und das Krankenhaus Wolmirstedt nicht mehr enthalten. Sind diese Ver-

änderungen ausreichend, um auf dem Weg einer zukunftsfähigen Krankenhausversorgung zu bleiben? Einen Anhaltspunkt zur Beantwortung dieser Frage bietet der Vergleich mit den Veränderungen im Freistaat Sachsen, der oftmals als das gute Beispiel für einen gelungenen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft seit der Wende angeführt wird. (vgl. Seite 4 „Vergleiche ausgewählter Krankenhausdaten“)

Der Auftrag des Landtages an den Krankenhausplanungsausschuss (siehe Interview Grimm-Benne und Gastkommentar Brumme) bezieht sich deshalb auch nicht auf die Vorhaltung von Krankenhäusern im Land, sondern auf die Abstimmung und Kosten der Krankenhausleistungen Sachsen-Anhalts. Die Landesregierung ist angetreten, mit der Umstellung auf eine Krankenhausrahmenplanung die Planung von Krankenhausleistungen durchzuführen.

Die Ersatzkassenverbände unterstützen die damit verbundene Arbeit des Krankenhaus-Planungsausschusses, die Bewertung von Leistungsqualität in den Krankenhäusern weiterzuentwickeln.

Qualitätswettbewerb verlangt sinnvolle und messbare Qualitätskriterien – deshalb müssen alle Beteiligten hier mitziehen. Klar ist, dass eine Leistungsplanung, die Krankenhäuser mit anderen Zielen unterlaufen, ihren Zweck verfehlt.

Fortsetzung Seite 3 unten



Aufmerksame Zuhörer beim Ersatzkassenforum 2007

DER KOMMENTAR



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

Wertvoll oder teuer?

Es ist der Politik nicht zu verdenken, wenn sie angesichts außerordentlicher Krankenausgaben in Sachsen-Anhalt einmal offiziell anfragt, wie es in der Krankenhausplanung denn so läuft – und Verbesserungen anmahnt. Wir haben aus diesem Anlass das Thema Krankenhaus in den Mittelpunkt gestellt und versuchen, die Lage und Perspektiven der Krankenhäuser im Land möglichst realistisch zu skizzieren. Die bundesweiten Trends für die Krankenhäuser thematisierte das Ersatzkassenforum Sachsen-Anhalt, mit den Referenten Gerdemann, Baum und Rühmkorf. Klar ist, dass so ein komplexer Sachverhalt wie der Strukturwandel im Krankenhaussektor keine einfache Begründung findet. Umso bemerkenswerter, dass sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Linkspartei und die Ersatzkassenverbände in den Fragen zur künftigen Finanzierung von Krankenhausleistungen grundsätzlich einig sind: Das DRG-System ist grundsätzlich als hausindividuelles Festpreissystem sachgerecht, landesweit einheitliche Basisfallwerte sind anzustreben und ein kassenartenspezifischer Preiswettbewerb in Form von radikalen Einkaufsmodellen zu verwerfen. Wir wünschten uns auch Beiträge von Vertretern der großen Koalition – ich

spreche meine Einladung zum Ersatzkassenforum 2008 schon heute an Sie aus!

Wertvoll oder teuer. Wir können anhand der vorliegenden Analysen erkennen, dass der Strukturwandel in Sachsen-Anhalts Krankenhäusern nahezu so dynamisch verläuft, wie der des Krankenhaus-Wunderlandes Sachsen. Die Kennzahlen zur Zahl der Plankrankenhäuser nach Einwohnern zu den Schließungen von Plankrankenhäusern nach der Wende sowie den Budgets zeigen keine wesentlichen Unterschiede. Knapp zweieinhalb Milliarden Euro Investitionsmittel haben unsere Krankenhäuser seitdem wertvoll gemacht. Aber teuer? Nach unserer Analyse resultiert der Kostendruck aus den Ausnahmetatbeständen, die die Krankenhäuser in den jährlichen Budget- und Entgeltverhandlungen gegenüber den Krankenkassen auf Basis des § 4 Abs. 4 KH-Entgeltgesetz geltend machen – ein bundesweites Problem. Was dagegen den landesweiten Basisfallwert oder die Zusammenarbeit im Planungsausschuss anbelangt, machen die Partner der Selbstverwaltung in Sachsen-Anhalt ihren Job.

Das Kurzinterview



Petra Grimm-Benne

Petra Grimm-Benne, die sozialpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion im Kurzinterview zur Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt

▼ **Frau Grimm-Benne, Sie haben einen Landtagsbeschluss zur Krankenhausplanung herbeigeführt, der mit viel Wirbel verbunden ist. Was war der Anlass für Ihre Initiative?**

▲ Mit Blick auf die Gebietsreform

und die demografische Entwicklung dreht sich alles um die Frage, wie die Gesundheitsversorgung – vor allem die stationäre – in Sachsen-Anhalt in Zukunft aussehen soll.

Bei zahlreichen Besuchen und Gesprächen haben wir festgestellt, dass nahezu alle Krankenhäuser meinen, sich ihren Standort langfristig dadurch sichern zu können, dass sie ihr Leistungsspektrum immer mehr ausweiten. Damit wird nicht ein qualitativer Wettbewerb, sondern der um den einzelnen Patienten geführt.

▼ **Dahinter steckt möglicherweise Kritik an der Arbeit des Krankenhausplanungsausschusses. Ist das so von Ihnen gemeint?**

▲ Es geht nicht um die Bewertung der Arbeit des Planungsausschusses. Als Landespolitikerin habe ich den Blick auf das ganze Land zu behalten. Dazu brauchen wir eine Krankenhausplanung, die auch leistungsrechtliche Konsequenzen hat und zwar im Sinne einer zukunftsfähigen stationären Versorgung der Bevölkerung. Die Versorgung muss aufeinander abgestimmt werden; innerhalb der Landkreise und über die Kreisgrenzen hinweg. Wenn das nicht passiert, wird es in einigen Regionen eine Unterversorgung, in anderen Überkapazitäten geben.

▼ **Was soll die Krankenhausplanung denn künftig besser leisten? - Ein Beispiel bitte!**

▲ Die statische Angebotsplanung muss zu einer dynamisierten Leistungsvergabe werden, die den nötigen Mix der verschiedenen Leistungen festlegt und auch zukünftig sicherstellt. Es geht nicht um die Bedürfnisse der Krankenhäuser, sondern um die der Bevölkerung. Ein breites Leistungsangebot, ohne die notwendige Erfahrung und Spezialisierung geht zu Lasten der Qualität.

Nehmen Sie den Landkreis, in dem ich wohne (Salzlandkreis; Anm. der Redaktion): es wird notwendig sein, dass die vorhandenen 5 Standorte sich vernetzen und eine Standortprofilierung vorantreiben.

▼ **Ist davon auszugehen, dass die große Koalition den Weg dorthin unterstützt?**

▲ Mit der Mehrheit der Koalition wurde dieser Landtagsbeschluss gefasst. Ihm vorausgegangen sind viele Diskussionen. In einem sind sich alle einig: Wer, wenn nicht der Landtag, muss darauf achten, dass eine Demografie adjustierte und leistungsorientierte Versorgung erhalten bleibt!

▼ **Denken Sie, dass perspektivisch monistische Krankenhausfinanzierung, wie vom Land Sachsen-Anhalt gefordert, und eine effektive Krankenhausplanung zusammen passen?**

▲ Ich halte es für überaus wichtig, dass der Staat die Kompetenz für die Planung der gesundheitlichen Versorgung seiner Bürger behält. Das geht nicht mit einer reinen Monistik. Bislang ist die Finanzierung für ein monistisches System noch nicht geklärt. Und ich habe die Befürchtung, dass dann die Versicherten zusätzlich über Beitragserhöhungen belastet werden.

Fortsetzung von Seite 2

Die Ersatzkassenverbände in Sachsen-Anhalt sprechen sich für die Konvergenz zu einem einheitlichen Landesbasisfallwert (LBFW) in den neuen Ländern aus,

- denn eine einheitliche Vergütung senkt die hohen Krankenhauskosten im Land und
- die Angleichung der Fallkosten im Krankenhaus erschließt Wirtschaftlichkeitsreserven im Land.

Das Ersatzkassenforum – die Positionen der Referenten

FINANZEN – Dr. Gerdemann betont für die Ersatzkassenverbände, dass die zusätzlichen Einnahmen der Krankenhäuser aus den Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung meistens über der gesetzlichen Veränderungsrate liegen. Die vom Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Herrn Baum, kritisierte Situation, dass die aktuelle Veränderungsrate in Höhe von 0,64 Prozent zu finanziellen Engpässen in den Kliniken



Die Referenten auf der Podiumsdiskussion: Dr. Rühmkorf (Die Linke), Dr. Holst (VdAK/AEV), Herr Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und Dr. Gerdemann (Vorstand VdAK/AEV) von links

führt, kann deswegen nicht nachvollzogen werden. Herr Baum fordert zusätzliche Finanzierung für die Krankenhäuser.

WETTBEWERB – Dr. Rühmkorf (DieLinke) kritisiert die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens. Preiswettbewerb hält man bei der Linkspartei aus verschiedenen Gründen für sachfremd: Ein „Mengenrabatt“ über alle Krankenhausleistungen nach Kassenzugehörigkeit würde zu einer Diskriminierung innerhalb der Versicherungsgemeinschaft führen, die eigentlich schon überwunden zu sein schien. Weiterhin schließt ein Preisdumping konkurrierender Häuser Konkurse nicht aus. Damit käme es zu einer Gefährdung der Sicherstellung in der Versorgung mit Krankenhausleistungen für die Versicherten. Der Sicherstellungsauftrag sollte vollständig beim Land verbleiben. Preiswettbewerb und Kontrahierungszwang stehen im Widerspruch; ein ordnungspolitisch geschlossenes Konzept fehlt, wenn Kontrahierungszwang und Preiswettbewerb miteinander verknüpft werden sollen. Herr Baum und Dr. Gerdemann teilen diese Positionen grundsätzlich in ihren Vorträgen.

PREISWETTBEWERB – hier plädiert die DKG für ein Festpreissystem auf Landesebene. Einkaufsmodelle, also Preiswettbewerb und Rabatte, lehnt die DKG ab. Die Referenten sind sich einig, dass auf Landesebene ein einheitlicher Preis für die Vergütung von Krankenhausleistungen hergestellt werden sollte. Die Verteilungswirkungen zwischen den Bundesländern, die einen bundesweit einheitlichen Preis erzeugen würden, wie von Dr. Gerdemann vorgetragen, lassen eine weiterführende Konvergenz in absehbarer Zeit jedoch unrealistisch erscheinen.

QUALITÄTSWETTBEWERB – Dr. Rühmkorf bezweifelt, dass ein Qualitätswettbewerb

über Mindestmengen für alle Leistungsbereiche eines Krankenhauses definiert werden kann. Dennoch sollten Qualitätskriterien überall dort berücksichtigt werden, wo man sie sinnvoll einführen könnte. Dr. Gerdemann geht davon aus, dass Mindestmengen für die operativen Leistungen definiert werden, er führt den Knie-TEP als Beispiel an. Herr Baum trägt einen solchen, sinnvoll definierten Qualitätswettbewerb mit, soweit Qualitätsdetails nicht eine Überregulierung in der Krankenhausplanung erzeugen.

INVESTITIONEN – Herr Baum fordert allein einen pauschalen Investitionskostenzuschlag auf die Fallpauschalen im Krankenhaus, der in einem künftigen monistischen System die Krankenhausinvestitionen finanziert: Für die Refinanzierung sollten Bund, Land und Kassen verantwortlich sein. Dr. Gerdemann stellt fest, dass aus Sicht der Ersatzkassen das Beharren auf der bestehenden dualen Krankenhausfinanzierung solange sinnvoll und notwendig ist, wie nicht einheitliche investive Verhältnisse – Startvoraussetzungen – in den alten und neuen Bundesländern hergestellt sind. Soweit ein monistisches System angedacht wäre, müsste seine Refinanzierung geklärt sein und die Lösung hierfür keine zusätzliche Last für die Beitragssätze erzeugen. Dr. Rühmkorf hält die duale Krankenhausfinanzierung auch deshalb für notwendig, weil nur so die Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung und damit die Sicherstellung von Krankenhausleistungen gewährleistet werden kann.

| | 1995 | 2001 | 2005 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|
| Einwohner in Mio. | | | |
| Sachsen | 4,584 | 4,425 | 4,296 |
| Sachsen-Anhalt | 2,738 | 2,539 | 2,494 |
| Anzahl Plankrankenhäuser | | | |
| Sachsen | 96 | 92 | 82 |
| Sachsen-Anhalt | 68 | 56 | 50 |
| Vollstationäre Fälle | | | |
| Sachsen | 749.765 | 884.494 | 914.112 |
| Sachsen-Anhalt | 523.581 | 570.884 | 563.947 |
| Fallzahl / 1000 Einwohner | | | |
| Sachsen | 164 | 200 | 213 |
| Sachsen-Anhalt | 191 | 225 | 226 |

vdak Landesvertretung Sachsen-Anhalt / November 2007

Vergleich ausgewählter Krankenhausdaten aus Sachsen und Sachsen-Anhalt (Datenquellen: statistische Landesämter, Bundesamt für Statistik, Landeskrankenhausgesellschaft Sachsen und eigene Berechnungen)

Resümee

Das Ersatzkassenforum war eine Reminiszenz an unser bewährtes ordnungspolitisches System. Da die Selbstverwaltung für die Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen verantwortlich ist, muss sie die dafür erforderlichen jährlichen Vorhaltekosten weitestgehend finanzieren. Krankenhausplanung im Verbund mit dualer Krankenhausfinanzierung trägt zu einem bedarfs- und sachgerechten Strukturwandel bei. Wirtschaftlichkeit und Planungssicherheit werden durch die Verhandlung von Einzelleistungen und Krankenhausbudgets realisiert. Die ordnungspoliti-

schen Ziele, die das BMG verfolgt, geraten vor diesem Hintergrund in die Kritik: Wie passen Einkaufsmodelle, Mengenrabatte und Versorgungssicherheiten zusammen? Wie wären Preisabschläge von marktbeherrschenden Kassen im RSA zu berücksichtigen? Sind Krankenhausleistungen generell auf einem Markt zu handeln? Was trägt zur Überwindung der Schwächen eines Systems staatlich administrierter Preise bei, zu denen auch das DRG-System gehört?

Wir werden diese ordnungspolitisch ungeklärten Punkte hoffentlich einmal mit denen diskutieren, die diese Änderungen so dringend einfordern.

GASTKOMMENTAR – KURT BRUMME, SOZIALPOLITISCHER SPRECHER DER CDU-LANDTAGSFRAKTION



Kurt Brumme

„Das Ersatzkassenforum Sachsen-Anhalt, das am 16. Oktober 2007 tagte, zeigte einmal mehr die unterschiedlichen Standpunkte der Hauptakteure bei der Gestaltung der Krankenhauslandschaft auf. Es war daher nur schwer eine Konsenslinie zu erkennen.

Unsere Krankenhauslandschaft ist alles andere als marode. Investitionen von rd. 2,5 Mrd. Euro seit 1990 sind ein Beleg dafür, dass unsere Häuser sehr gut aufgestellt sind.

Richtig ist, dass die von den Kostenträgern angeführten zu hohen Kosten in der stationären Versorgung den Wirtschaftsstandort Sachsen-Anhalt problematisch gestalten können und die Krankenkassen zwingen, nach Einführung des Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge in Größenordnungen zu erheben.

Die Politik macht sich Sorgen, dass nach der Einführung der reinen DRG-Finanzierung ab 2009 der Bestand der Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt, die ein elementar wichtiges Element in der Daseinsvorsorge ist, gefährdet sein könnte. Notwendige Spezi-

alisierungen und Konzentrationen auf Kernkompetenzen sind aber neben der flächendeckenden Basisversorgung unabdingbar. Der dazu notwendige Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) zwischen Krankenhäusern und Krankenkassenverbänden zur weiteren Konkretisierung des Leistungsspektrums jedes einzelnen Hauses ist dafür eine Grundvoraussetzung. Leider ist derzeit dieser Prozess quantitativ noch ungenügend. Die LQVen bilden einen wesentlichen Eckpfeiler bei der Sicherung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen. Sie sind eine wichtige Grundlage für die leistungsorientierte und qualitätsorientierte Rahmenplanung, die die demografische Entwicklung, die Gebietsreform, die Rolle privater KH-Träger und die Bundesgesetzgebung berücksichtigen muss.

Sachsen-Anhalt nimmt mit der eingeführten Rahmenplanung bundesweit eine Vorreiterrolle ein, der wir weiter gerecht werden wollen und müssen. Wesentliche Akteure im Gesundheitswesen befürworten den von uns eingeschlagenen Weg der „bettenlosen“ Rahmenplanung.

Die Idee der Rahmenplanung würde durch eine weitere Verzögerung der Bestätigung des Krankenhausplans 2007 torpediert. Dies würde zu einem weiteren Zeitverzug beim Abschluss von LQVen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern führen. Neue Rahmenvorgaben müssten erst zeitaufwendig verhandelt werden. Die zwingend notwendige Bereitschaft der Krankenhäuser untereinander, Kooperationsvereinbarungen und Leistungsabstimmungen miteinander in ihrer Region und auch landesweit abzuschließen, ist derzeit nicht gegeben. Diese Unsicherheiten können und wollen wir uns nicht leisten.

Um den Prozess des Abschlusses von LQVen zu beschleunigen, sollte die Förderung von Investitionen durch das Land an vorhandene Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gekoppelt werden.

Der Krankenhausplan 2007 muss nicht bis 2009 gelten. Er sollte aufgrund des Auslaufens der Konvergenzphase zur reinen DRG-Vergütung ab 2009 auf 2008 vorgezogen werden. Neue Anhörungen der Krankenhäuser auf Basis der dann überarbeiteten Rahmenvorgaben wären so zeitnah möglich.“

Tag der integrierten Versorgung Sachsen-Anhalt 2007 „integra – neue Wege zur Gesundheit“

Integra ist auch ohne Anschubfinanzierung zukunftsfähig. Das betonten die Ersatzkassen anlässlich des Tages der integrierten Versorgung 2007 einhellig.

Die Ersatzkassen und als Dienstleister für sie der VdAK/AEV unterstützen dieses Projekt und die damit verbundenen Leistungen.

Zu einzelnen Schwerpunkten in der zweitägigen Fachtagung

Mit seiner provokanten Eingangsthese über die grundsätzliche Motivation zum Abschluss von Verträgen der integrierten Versorgung ließ Herr Hauke, Vorstandsmitglied der kaufmännischen Krankenkasse (KKH), die Zuhörerschaft aufhorchen: In Deutschland existieren zur Zeit 4.553 registrierte Verträge zur integrierten Versorgung. Seiner Meinung nach sind allerdings zu viele dieser registrierten Verträge zur integrierten Versorgung lediglich durch die gesetzliche Anschubfinanzierung motiviert. Transparenz, um zu erkennen, was diese Verträge bieten, sei oftmals nicht gegeben. Bei unbekannter Mittelverwendung müsse unterstellt werden, dass diese Mittel der Anschubfinanzierung der Regelversorgung ersatzlos entzogen werden und so zu einer Beeinträchtigung der Regelversorgung führen. Er belegte diese Position mit der Tatsache, dass die häufigste Vergütungsform von Verträge zur integrierten Versorgung die Dokumentationspauschale ist. Dann kam zum Glück für integra jedoch der Schwenk: Herr Hauke unterstrich, dass IV-Verträge sehr gut geeignet sein können, um die Versichertenbindung an seine Krankenkassen zu stärken. Seine grundsätzliche Kritik an der integrierten Versorgung übertrug er deshalb ausdrücklich nicht auf integra, sondern betonte, dass integra auch ohne Anschubfinanzierung zukunftsfähig ist und die integra-Idee durchaus auf andere Bundesländer übertragen wer-

den könnte. Das gerade das integra-Versorgungsangebot von den Patienten eine positive Einschätzung widerfährt und damit, eine geglückte Versichererbindung auslöst, war das Credo des zuvor gehaltenen Berichtes über begleitende wissenschaftliche Evaluation. Hierzu berichtete Prof. Felder vom Feisa-Institut über die Ergebnisse seiner Patientenbefragung. Insgesamt wurde vom FEISA-Institut eine sehr hohe Patientenzufriedenheit – mit 9,0 auf der bis 10,0 begrenzten Bewertungsskala, ermittelt. 70 Prozent der Patienten hatten sich an dieser Befragung beteiligt; ein unerwartet hoher Anteil, d.h. 2.500 von insgesamt 3.400 Patienten. Prof. Felder sah lediglich Abstriche bei der insgesamt hervorragenden Beurteilung bei Patienten mit langer Rekonvaleszenz. Da es sich um einen Zwischenbericht handelt, sind weiterführende Aussagen erst mit dem Abschlussbericht (April 2008) möglich.

Am zweiten Tag standen Fachvorträge aus den einzelnen Einrichtungen an. Frau Dr. Gärtner (Marienstift) berichtete über die Vorsorge-Koloskopie und zeigte, dass diese Vorsorge in vielen Fällen zu einer notwendigen Behandlung von Darmpolypen führt. In wenigen Fällen wurde auch Darmkrebs im Frühstadium entdeckt und umgehend operativ behandelt. Die Vorsorge-Koloskopie ist eine besonders hervorzuhebende Leistung von integra, weil sie im Fall der Fälle zu einer sofortigen Operation führt. Doppeluntersuchungen und Wartezeiten entfallen dann für unsere Patienten.

Frau Yokota-Beuret (Halle) ging auf die Vertrags-(Preis)verhandlungen mit den operierenden Vertragsärzten ein. Hier wurde deutlich, dass diese weitaus komplexer als die herkömmlichen Fortschreibungen im Arzt- oder Krankenhausbereich sind. Der „offene“ Leistungskatalog von integra erlaubt neue Leistungen und ermöglicht den Wegfall von Leistungen. Wenn die Preise für ausgewählte Leistungen aus Sicht der Ersatzkassen zu hoch sind und deren Frequenzen die vorab vereinbarten Mengen übersteigen, sind Auswirkungen auf die Preisverhandlungen für das Folgejahr unvermeidlich. Auf der anderen Seite muss – und das war ein wesentliches Anliegen von Frau Yokota-Beuret – die Planungssicherheit und Kostendeckung gewährleistet sein. Das gilt wenigstens für die Leistungen, die die



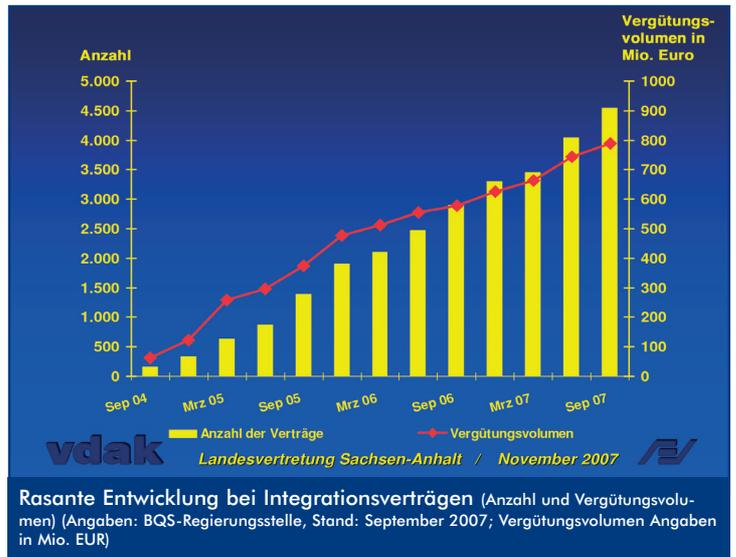
Die Referenten des 1. Tages der integrierten Versorgung: Dr. Andreas Eckmann (Diakonissen-Krankenhaus Dessau), Herr Rudolf Hauke (Vorstand KKH), Dr. Volker Schmeichel (VdAK/AEV) und Prof. Dr. Stefan Felder (FEISA-Institut Magdeburg)

Partner von integra gemeinsam und dauerhaft im Angebot haben wollen.

Dr. Möller (Diakoniekrankenhaus Dessau) setzte den Schlusspunkt der ärztlichen Fachvorträge mit seinem Vortrag über die Untersuchung und Behandlung von Veränderungen der Schilddrüse. Für integra ist es wichtig festzuhalten, dass er dabei die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Operateur sowie die Behandlung des Patienten aus einer Hand hervorhob. Es ist bezeichnend, dass diese vertrauensvolle Zusammenarbeit, die integra enorm befördert, an beiden Veranstaltungstagen immer wieder betont wurde, integra führt auch in der Praxis zu einer echten Kooperation.

Fazit der Veranstaltung

Integrierte Versorgungsangebote sind sehr gut geeignet, die Versichertenbindung an seine Kranken-



Rasante Entwicklung bei Integrationsverträgen (Anzahl und Vergütungsvolumen) (Angaben: BQS-Regierungsstelle, Stand: September 2007; Vergütungsvolumen Angaben in Mio. EUR)

kassen zu stärken. Integra ist zukunftsfähig und kann als „integra-Idee“ durchaus auf andere Bundesländer übertragen werden. (Vgl. Grafik: „Rasante Entwicklung Integrationsverträgen“)

KURZNOTIZEN

Einigung auf neuen Landesbasisfallwert

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN) und die Verbände der Krankenkassen Sachsen-Anhalts haben sich auf dem Verhandlungsweg auf einen landesweiten Basisfallwert für die Jahre 2008 und 2009 geeinigt. Der landesweite Basisfallwert wird für beide Jahre 2.755 Euro betragen (Basisfallwert nach Kappung). Damit hat Sachsen-Anhalt als drittes von 16 Bundesländern einen prospektiv vereinbarten Landesbasisfallwert.

Selbsthilfe neu strukturiert

Mit der Novellierung der gesetzlichen Grundlage zur Selbsthilfeförderung nach § 20 c SGB V wird ab dem 1. Januar 2008 eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung (pauschaliert) und eine krankenkassenindividuelle Förderung (projektbezogen) eingeführt. Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung werden die Krankenkassenverbände zum 01.01.2008 unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfe eine Arbeitsgemeinschaft „Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt“ gründen.



Lothar Braune (BARMER – Dritter v. r.) im Kreis der LA-Mitglieder Peter Schneider (KKH), Willibald Utz (DAK), Erik Schröder (GK) sowie Sandy Kauffung (TK) und Dr. Klaus Holst (VdAK/AEV) v. r.

LOTHAR BRAUNE – 10 JAHRE VORSITZENDER IM LANDESAUSSCHUSS DER ERSATZKASSEN

Der Landesausschussvorsitzende der Ersatzkassen und Landesbereichsgeschäftsführer der Barmer ist ein Mann der leisen und sachlichen Töne. Seit nunmehr 10 Jahren leitet Lothar Braune in Sachsen-Anhalt als Vorsitzender den Landesausschuss der Ersatzkassen.

Die LA-Mitglieder würdigten dieses Jubiläum mit einem Rückblick auf 10 Jahre gemeinsame Arbeit.

Mammographie-Screening in Sachsen-Anhalt

Seit Oktober gibt es auch in Sachsen-Anhalt das Mammographie-Screening zur Brustkrebsvorsorge. Bis November werden die strukturierten Reihenuntersuchungen in jeder der vier Versorgungsregionen des Landes eingeführt sein. Damit wird sichergestellt, dass die mehr als 350.000 anspruchsberechtigten Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren innerhalb der nächsten zwei Jahre eine Einladung zu solch einer Früherkennungsuntersuchung bekommen.



Gesundheitsministerin Dr. Gerlinde Kuppe betonte anlässlich des landesweiten Starts:

„Brustkrebs ist mit rund 48.000 Neuerkrankungen pro Jahr die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Es ist daher ein Gebot der Stunde, das Vorsorgeinstrumentarium zu schärfen. Etwa zehn Prozent der Frauen

erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Das Früherkennungsprogramm setzt genau da an, indem es Frauen ab dem 50. Lebensjahr anspricht.“

Das Mammographie-Screening ist ein zusätzliches Angebot zur jährlichen Krebs-Früherkennungsuntersuchung durch den Frauenarzt und der Selbstuntersuchung der Brust. Die Teilnahme ist freiwillig und für die anspruchsberechtigten Frauen kostenlos. Alle entstehenden Kosten werden im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes übernommen, eine Praxisgebühr entfällt hierbei.

Zur Durchführung des Programms wurde Sachsen-Anhalt in vier Versorgungsbereiche eingeteilt:

REGION NORD – mit Standort Stendal, bestehend aus den ehemaligen Landkreisen Stendal, Salzwe-

del, Ohrekreis und Jerichower Land – Beginn der Untersuchungen: November 2007

REGION OST – mit Standort Dessau, bestehend aus den Gebieten Anhalt-Zerbst, Wittenberg, Köthen, Dessau, Bernburg und Bitterfeld – Beginn der Untersuchungen: 8. Oktober

REGION SÜD – mit Standorten in Halle und Querfurt, bestehend aus den ehemaligen Landkreisen Mansfelder Land, Sangerhausen, Saalkreis, Merseburg-Querfurt, dem Burgenlandkreis und Weißenfels sowie der Stadt Halle – Beginn der Untersuchungen: November 2007

REGION WEST – mit Standort Magdeburg, bestehend aus den Gebieten Halberstadt, Aschersleben-Staßfurt, Wernigerode, Quedlinburg, Börde, Schönebeck und der Landeshauptstadt Magdeburg – Beginn der Untersuchungen: 15. Oktober 2007.

Zur Sicherung der Qualität gibt es in jeder Region speziell geschulte programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte. Die Weiterbildung erfolgte in zertifizierten Referenzzentren – unter anderem in dem für Sachsen-Anhalt zuständigen Zentrum in Berlin.

Das Screening erfolgt auf Einladung. Innerhalb von zwei Jahren wird jede der anspruchsberechtigten Frauen einmal eingeladen.

Das Einladungswesen für Sachsen-Anhalt wird von der Zentralen Stelle in Bremen übernommen. Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen sind eine entsprechende Kooperation mit dem Gesundheitsamt Bremen eingegangen. Bremen hat auch das Einladungswesen für Hamburg und Niedersachsen übernommen.

Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen haben umfangreiche Informationen im Internet aufbereitet, zudem wird mit Postkarten und Plakaten geworben. Das Gesundheitsministerium hat ein Internetangebot unter www.Mammographie-Sachsen-Anhalt.de zusammengestellt.

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