

# report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2007

# ersatzkassen

## Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde auch verabschiedet, um die vertragsärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern zu verbessern. Der Gesetzgeber nimmt an, dass die Versorgung im hausärztlichen Bereich der neuen Länder durch Überalterung und fehlenden Neuzulassungen auf Dauer nicht sichergestellt werden kann.

Um dieses Szenario zu vermeiden, bietet das GKV-WSG Lösungen an:

- Absenkung der Anforderung an die Versorgungsgrade
- 100%-ige Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen durch die GKV

Bereits im Jahr 2003 forcierte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die Diskussion um die Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich in Sachsen-Anhalt und prognostizierte anhand ausgewählter Versorgungsbereiche für die folgenden Jahre eine dramatische Abnahme der Ärztezahle und damit eine Verschlechterung der ambulanten medizinischen Versorgung (siehe Grafik 1 auf Seite 3).

### In dieser Ausgabe

- Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt
- Integra – Neue Wege zur Gesundheit  
Hohe Patientenzufriedenheit – gute Qualität
- Gesundheitsministerkonferenz:  
Perspektiven der Krankenhausfinanzierung
- Landesrahmenempfehlung zur  
Frühförderung unter Dach und Fach
- Selbsthilfe 2007  
Verlässliche Unterstützung  
durch Ersatzkassen

### Prognose 2004 realitätsfern

Diese Prognose basierte unter anderem auf der Annahme, dass die zu diesem Zeitpunkt in eigener Niederlassung tätigen Ärzte mit 62 Jahren ihre Tätigkeit einstellen würden.

Die Krankenkassenverbände wiesen bereits im Jahr 2004 auf die Fehlerhaftigkeit dieses Prognosemodells hin und dokumentierten anhand der tatsächlichen Versorgungssituation den Prognosefehler von durchschnittlich 21,63 v.H. in einzelnen Regionen (siehe Grafik 1 auf Seite 3).

Die IST-Daten des Jahres 2004 machen deutlich, dass die Prognose der Geschäftsstelle des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt aktuell und auch perspektivisch systematisch unterschätzt. Von den ausgewählten Planungsbereichen wäre hier nach in elf Planungsbereichen die Unterversorgung (Versorgungsgrad unter 75 %) eingetreten. Dies hat sich nicht bestätigt. Trotzdem ist dieses Planungsszenario noch heute Grundlage für die Beschlüsse des

Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen zur Ausschüttung von Sicherstellungszuschlägen in Höhe von 30.000 Euro je Praxis in ausgewählten Fördergebieten. Die Kassenverbände haben bei der Geschäftsstelle des Ausschusses eine Wirksamkeitsanalyse für die bisher gezahlten Zuschläge beantragt.

In Kenntnis der tatsächlichen Versorgungssituation des Jahres 2006 hat sich die Position der Krankenkassenverbände bestätigt, dass die Prognose der Geschäftsstelle des Landesausschusses zu einer drastischen Fehleinschätzung der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt führt. Entsprechend der 145. Fortschreibung der Bedarfsplanung stellt sich der heutige Versorgungsgrad wie folgt dar (siehe Tabelle 1 auf Seite 3):

## DER KOMMENTAR



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

### Quo vademus GKV-WSG?

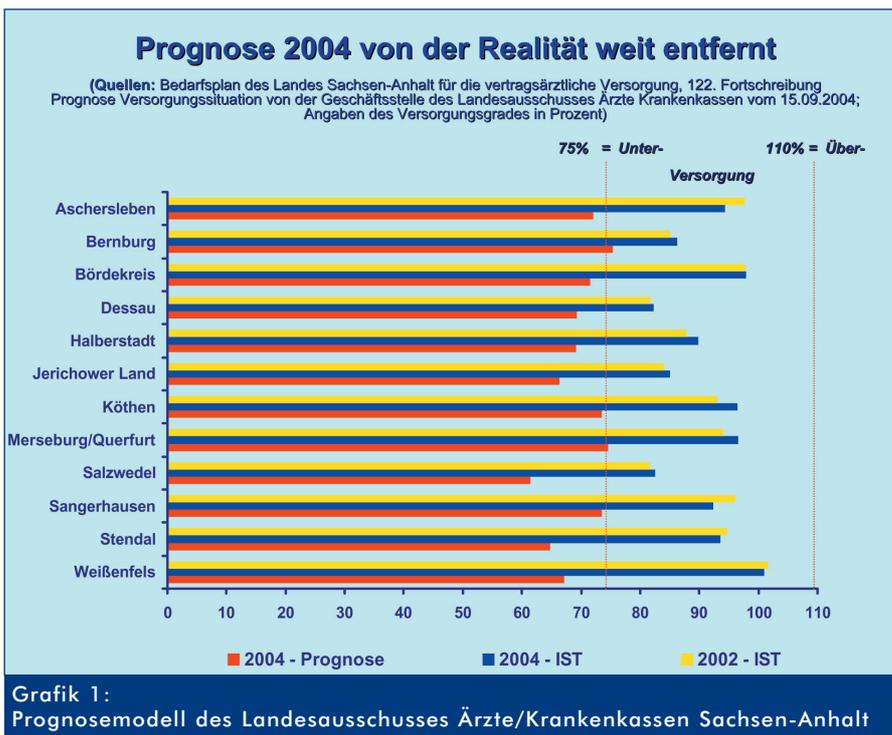
Am 1. April ist das GKV-WSG in Kraft getreten. Dieses Gesetz beendet definitiv den gesellschaftlichen Konsens über eine paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Arbeitgeber werden künftig rund 7 Prozent der Gesundheitskosten finanzieren, aber nicht mehr. Die Versicherten und Patienten bezahlen dann nicht nur den größeren Teil, sie kommen von nun an alleine für die Kostendynamik des deutschen Gesundheitssystems auf, soweit der Gesetzgeber nichts anderes entscheidet.

2007 sind schon die Weichen für erhebliche Mehrkosten gestellt: Im Krankenhausbereich schreitet die Umsetzung eines bundesweit einheitlich vergüteten Fallpauschalensystems voran, und auch im Arztbereich sind nun Pauschalen mit festen Eurobeträgen geplant. Die Budgets fallen stückweise weg und damit fällt auch die Knappheit, der Grund für das Wirtschaften und die Basis für einen verantworteten Umgang mit finanziellen Mitteln. Aus Sicht dieser Leistungserbringer ein Schritt in ein gerechtes System, das das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen verlagere, wo es schließlich

hingehöre. Hiernach behandeln und verordnen Ärzte und Krankenhäuser ausschließlich notwendig und wirtschaftlich; sie überschreiten nie das Maß des Notwendigen.

Ob das in der Praxis tatsächlich so ist, können vor allem diejenigen Patienten beurteilen, die Leistungen mit Festbetragsregelungen in Anspruch nehmen müssen, also etwa Zahnersatz oder Arzneimittel. Aus einer rein ökonomischen Perspektive wäre hier eine gute Versorgung denkbar, wenn der Patient stets über sämtliche für ihn relevanten Alternativen, deren Qualität und Kosten, informiert wäre, so dass er sich mit dem (Zahn-)Arzt auf Augenhöhe über Art und Umfang der Leistung verständigt. Faktisch liegt jedoch oft eine große Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient vor, die die gesetzliche Krankenversicherung in den Bereichen ihrer Zuständigkeit mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen abzufangen versucht.

Für die finanzielle Stabilität des deutschen Gesundheitssystems wird es also angesichts der angestrebten Vergütungsregelungen darauf ankommen, die Souveränität der Patienten zu stärken und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu vergrößern. Das macht das GKV-WSG. Fraglich bleibt allerdings, ob Wahltarife wirklich vermeiden, dass die Versicherten in einer Kostenspirale nach oben stecken, die der Gesundheitsfonds dauerhaft unter Spannung hält und die das Kassenhopping ohne Verbesserungen für das Gesundheitssystem antreibt.



163 Ärzte haben im Beobachtungszeitraum ihre Niederlassung aufgegeben und insgesamt 139 Ärzte wurden neu zugelassen.

Zu berücksichtigen ist, dass in die zukünftige Betrachtung des Bedarfes an Hausärzten in Sachsen-Anhalt die Bevölkerungsentwicklung einbezogen werden muss. Nach Prognosen des statistischen Landesamtes nimmt die Anzahl der Einwohner Sachsens-Anhalts bis zum Jahr 2025 um ca. 490.000 ab. Dies entspricht einem Bevölkerungsrückgang um etwa 20 v.H. Allein bis zum Jahr 2012 soll entsprechend der Prognose des Statistischen Landesamtes ein Bevölkerungsrückgang in Höhe

**Bevölkerungsentwicklung einbeziehen**

Der durchschnittliche Versorgungsgrad ist in den letzten drei Jahren demnach nahezu gleich geblieben.

von 164.569 Einwohnern eintreten, was dazu führt, dass bis zum Jahr 2012 die je Arzt zu versorgende Anzahl der Einwohner auf ca.1.650 sinkt.

## Versorgungssituation 2006

Ausgewählte Planungsbereiche	2002 IST** in %	10/2004 IST* in %	2004 Prognose** in %	12/2006 IST***** in %	Veränderung Versorgungsgrad****
Aschersleben	97,67	94,30	72,02	89,80	-4,50
Bernburg	85,02	86,30	75,31	87,30	1,00
Bördekreis	97,80	97,90	71,51	100,00	2,10
Dessau	81,72	82,30	69,22	83,30	1,00
Halberstadt	87,86	89,80	69,14	90,70	0,90
Jerichower Land	84,01	85,00	66,35	87,80	2,80
Köthen	92,98	96,50	73,55	100,70	4,20
Merseburg/Querf.	94,13	96,60	74,61	90,00	-6,60
Salzwedel	81,56	82,50	61,49	80,40	-2,10
Stendal	94,77	93,50	64,70	97,10	3,60
Sangerhausen	96,03	92,40	73,49	85,30	-7,10
Weißenfels	101,70	101,00	67,12	105,90	4,90
<b>Mittelwert</b>	<b>91,27</b>	<b>91,51</b>	<b>69,88</b>	<b>91,53</b>	<b>0,02</b>

\* Quelle: Bedarfsplan des Landes Sachsen-Anhalt für die vertragsärztliche Versorgung, 122. Fortschreibung  
 \*\* Quelle: Prognose Versorgungssituation von der Geschäftsstelle des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen vom 15.09.2004  
 \*\*\* Absolute Abweichung zwischen tatsächlicher und prognostizierter Versorgung 2004  
 \*\*\*\* Veränderung der Versorgung in Prozentpunkten von 2004 bis 2006  
 \*\*\*\*\* Quelle: Bedarfsplan des Landes Sachsen-Anhalt für die vertragsärztliche Versorgung, 145. Fortschreibung

**Tabelle 1 – Vergleich Versorgungssituation in den einzelnen Planungsbereichen 2004–2006**

Unsere Prognose: Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und der statistischen Zu- bzw. Abgänge der Hausärzte bis zum Jahr 2012 sinkt lediglich in einem Planungsbereich der Versorgungsgrad unter 80 v.H. In drei weiteren Planungsbereichen geht der Versorgungsgrad um durchschnittlich 3,5 Prozentpunkte zurück, wobei in diesen Regionen dennoch der Versorgungsgrad oberhalb von 85 v.H. verbleibt (siehe Tabelle 2).

Im Vergleich der Versorgung des Jahres 2006 ist demnach auch für das Jahr 2012 prognostisch von einer stabilen Versorgungssituation auszugehen! Soweit es allein um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung für unsere Versicherten

geht, kommt es aus Sicht der Ersatzkassen künftig vor allem darauf an, dass die Flexibilität dieses Angebotes mit Zweigsprechstunden und einer angemessenen Vergütung von Wegegeldern für die Ärzte weiter verbessert wird. Dass mit schrumpfender Bevölkerung weitere Wege erforderlich werden und eine Entwertung von Kapital (Praxen) einhergeht, sind geographische/ökonomische Binsenweisheiten. Daran werden auch die neuen Regelungen des GKV-WSG nichts ändern. Die Beteiligten des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen sollten das berücksichtigen und so einer Verschwendung von Versichertengeldern entgegenwirken.

## Prognose 2012

Ausgewählte Planungsbereiche	2002 IST** in %	10/2004 IST* in %	2004 Prognose** in %	12/2006 IST***** in %	Prognose 2012 in %	Veränderung Versorgungsgrad****
Aschersleben	97,67	94,30	72,02	89,80	77,06	-12,74
Bernburg	85,02	86,30	75,31	87,30	86,73	-0,57
Bördekreis	97,80	97,90	71,51	100,00	92,23	-7,77
Dessau	81,72	82,30	69,22	83,30	86,24	2,94
Halberstadt	87,86	89,80	69,14	90,70	93,52	2,82
Jerichower Land	84,01	85,00	66,35	87,80	90,98	3,18
Köthen	92,98	96,50	73,55	100,70	112,67	11,97
Merseburg/Querf.	94,13	96,60	74,61	90,00	103,53	13,53
Salzwedel	81,56	82,50	61,49	80,40	91,15	10,75
Stendal	94,77	93,50	64,70	97,10	105,90	8,80
Sangerhausen	96,03	92,40	73,49	85,30	100,37	15,07
Weißenfels	101,70	101,00	67,12	105,90	103,73	-2,17
<b>Mittelwert</b>	<b>91,27</b>	<b>91,51</b>	<b>69,88</b>	<b>91,53</b>	<b>95,34</b>	<b>3,82</b>

\* Quelle: Bedarfsplan des Landes Sachsen-Anhalt für die vertragsärztliche Versorgung, 122. Fortschreibung

\*\* Quelle: Prognose Versorgungssituation von der Geschäftsstelle des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen vom 15.09.2004

\*\*\* Absolute Abweichung zwischen tatsächlicher und prognostizierter Versorgung 2004

\*\*\*\* Veränderung der Versorgung in Prozentpunkten von 2004 bis 2006

\*\*\*\*\* Quelle: Bedarfsplan des Landes Sachsen-Anhalt für die vertragsärztliche Versorgung, 145. Fortschreibung

**Tabelle 2 – Prognose unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und der statistischen Zu-/Abgänge der Hausärzte**

### VERANSTALTUNGSHINWEISE - BITTE VORMERKEN!

7./8. September 2007  
2. Tag der integrierten Versorgung  
in Bad Schmiedeberg

30. November/1. Dezember 2007  
X. Gesundheitspolitisches Symposium  
der Konrad-Adenauer-Stiftung

Integra – Neue Wege zur Gesundheit

# Hohe Patientenzufriedenheit – gute Qualität

Das ist das vorläufige Fazit einer aktuellen Patientenbefragung des seit 2002 existierenden Versorgungsangebotes „integra – neue Wege zur Gesundheit“.

Der Zwischenbericht dieser wissenschaftlichen Studie, die im Auftrag der Ersatzkassenverbände vom FEISA Institut der Universität Magdeburg vorgelegt wurde, verdeutlicht, dass die Patienten der Ersatzkassen mit dem größten und flächendeckenden Angebot integrierter Versorgung in Deutschland sehr zufrieden sind. Dies bezieht sich sowohl auf den gesamten Behandlungsprozess (inklusive der häuslichen Nachsorge) als auch auf die Behandlungsorte (Kliniken in Magdeburg, Dessau, und Halle).

Gutachter Prof. Stefan Felder, attestierte integra – Neue Wege zur Gesundheit: „Patienten werten sämtliche Leistungen von integra positiv. Meine wissenschaftliche Begleitung zielt insofern auf Perspektiven, auf ein Informationskonzept für die Versicherten als Kunden sowie eine optimierte Anschlussbehandlung, speziell im Bereich der Orthopädie.“

Die Staatssekretärin des Sozialministeriums, Prof. Christiane Dienel, verwies im Rahmen der Präsentation grundsätzlich auf den hohen Stellenwert der integrierten Versorgung.

Seitens des Sozialministeriums ist es dabei wichtig, dass in Sachsen-Anhalt auch in der Fläche und für weitere Patientengruppen integrierte Versorgungsangebote, wie das der Ersatzkassen, aufgebaut werden.



Staatssekretärin des Sozialministeriums, Prof. Christiane Dienel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Dr. Klaus Holst und Leiter des FEISA-Institutes Prof. Stefan Felder (von links)

Für die Ersatzkassen, liegen hierbei drei Vorteile auf der Hand:  
 Erstens: Für die Patienten von BARMER, DAK, TK, KKH, GEK und anderer Ersatzkassen besteht ein erstklassiges integriertes Versorgungsangebot.  
 Zweitens: Der stationäre Behandlungsaufwand wird deutlich verringert, sodass sich die Kosten bei den Ersatzkassen senken und Drittens: Alle Leistungserbringer (Einrichtungen, operierende Ärzte und die kooperierenden, niedergelassenen Ärzte) erhalten Planungssicherheit und Berechenbarkeit hinsichtlich einer leistungsgerechten Vergütung.  
 Die Ersatzkassen tragen mit ihrem integra-Versorgungsangebot wesentlich dazu bei, dass Sachsen-Anhalt im Bereich der integrierten Versorgung zur Bundesspitze gehört. In Kürze erwarten wir den

15.000sten Patienten seit 2002. Das zeigt das enorme Interesse und Vertrauen unserer Patienten in diese innovative medizinische Versorgung.

Dr. Klaus Holst, der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt sieht für integra deshalb trotz GKV-WSG insgesamt sehr gute Perspektiven. Die vereinbarten Einzelleistungen sind so wirtschaftlich, dass sie sich für alle Beteiligten dauerhaft lohnen.



Aufmerksame Teilnehmer anlässlich der Vorstellung des Zwischenberichtes

Gesundheitsministerkonferenz:

## Perspektiven der Krankenhausfinanzierung

Am 31.12.2008 endet die Konvergenzphase zur Einführung des pauschalisierenden Vergütungssystems im Krankenhausbereich. Derzeit berät die Politik die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, die ab 2009 gelten sollen. Dabei sollte die Sonder-Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Anfang März 2007 unter dem Vorsitz von Sachsen-Anhalt erstes Licht ins Dunkel bringen. Beschlossen wurden allerdings lediglich Eckpunkte zur Zukunft der Krankenhausversorgung.

### Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag

Einstimmig wurde beschlossen, dass die Krankenhausversorgung weiterhin staatliche Aufgabe bleiben soll und den Ländern damit die Endverantwortung bei der Krankenhausplanung obliegt. Die Detailtiefe der Krankenhausplanung ist von den Ländern in eigener Zuständigkeit zu regeln. So wird es möglich, die Sicherstellung auf eine Grund- und Notfallversorgung zu beschränken. Sachsen-Anhalt hatte als erstes Bundesland bereits 2004 auf die Einführung des pauschalisierenden Vergütungssystems reagiert und mit der Neuerstellung des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt (KHG LSA) von der Bettenplanung auf eine Leistungsplanung umgestellt. Geplant werden lediglich noch die Standorte und die vorzuhaltenden Abteilungen.

#### Unsere Position:

Das mit dem KHG LSA eingeführte dreistufige System

- Budgetverhandlung vor Ort,
- Abschluss von LQVen und
- Krankenhausplanung

hat sich in Sachsen-Anhalt bewährt und stößt mittlerweile auch bundesweit auf Interesse. Die zunehmende Wettbewerbsintensität innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht die Bedeutung der regionalen Krankenhausplanung. Es wäre deshalb sinnvoll, die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung gemeinsam auf die Länder und die Verbände der Krankenkassen zu übertragen. Damit wären die Krankenkassen in der Lage, langfristige Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern abzuschließen und so zur Planungssicherheit beizutragen.

### Duale versus monistische Finanzierung

Im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung bezahlen die Krankenkassen die Behandlung der Versicherten, während das Land für die Kosten von Krankenhausinvestitionen aufkommt. Die monistische Finanzierung – Finanzierung aus einer Hand durch die gesetzliche Krankenversicherung – entlastet die Länderhaushalte bei einem Systemwechsel also um die Kosten aus der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Andererseits würde der Einfluss der Länder auf die Krankenhausversorgung zurückgehen. Deshalb bleibt die Frage nach einem Systemwechsel auch nach dieser Sonderkonferenz ein streitiger Punkt zwischen A- und B-Ländern. Das monistische System, so die B-Länder, stellt heute noch keine Alternative zum gegenwärtigen dualen System dar. Geht es nach den A-Ländern, so sollte mit einer Umsetzungszeit von 10 bis 15 Jahren die Monistik eingeführt werden. Wegen dieser Unstimmigkeiten hat die Sonder-GMK an die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) einen entsprechenden Prüfauftrag gegeben, dessen Ergebnis zum Ende 2007 vorliegen soll. Fraglich bleibt bei einer Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung, ob die Länder die erforderlichen finanziellen Mittel auch in der Zukunft dauerhaft zur Verfügung stellen können.

#### Unsere Position:

Wenn die monistische Finanzierung kommen sollte, wäre die Finanzierung durch Benutzerbeiträge über einen gemeinsamen Fonds beispielgebend: Sachsen-Anhalt macht mit diesem System seit Jahren gute Erfahrungen. Hier stehen jährlich zwischen 25 und 30 Millionen Euro für Investitionen zur Verfügung, wobei die Antragszustimmung aller Planungsbeteiligten für den Beschluss einer Investition erforderlich ist. Die Zweckbindung dieser Mittel für bauliche Maßnahmen und die stetig fließenden Einnahmen aus Benutzerbeiträgen sichern die monistische Krankenhausfinanzierung in unserem Land. Notwendige Voraussetzung hierfür sind allerdings Regelungen durch den Gesetzgeber, die zusätzlichen Beitragsdruck auf die gesetzliche Krankenversicherung vermeiden.

Ein prozentualer Aufschlag auf die Fallpauschalen als Investitionskostenanteil, so wie ihn die DKG vorschlägt, ist solange sachfremd, wie er die Zweckbindung dieser Mittel nicht sicherstellt. Die Position der Ersatzkassen weicht nicht grundsätzlich von die-

sem Vorschlag der DKG ab, unterstellt aber, dass die Verwendung solcher Mehreinnahmen des Krankenhauses für Investitionen stets überprüfbar und gewährleistet ist.

**Einheitlicher Basisfallwert**

Nach dem Sonder-GMK-Beschluss soll ein bundeseinheitlicher Basisfallwert die zukünftige Grundlage für das Preissystem bilden, wobei die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Länder in einer Konvergenzphase zu berücksichtigen sind.

**Unsere Position:**

Nach den jüngsten Entscheidungen des Landesschiedsamtes über die Fortschreibung der krankenspezifischen Basisfallwerte stellt § 4 Abs. 1 KHEntg keine Konvergenz hin zu einem landesweit einheitlichen Basisfallwert sicher. Krankenhäuser mit überdurchschnittlich hohen Basisfallwerten entfernen sich hiernach vom landesweiten Basisfallwert, sodass der vom Gesetzgeber geplante landesweite Fallwert bis zum Jahr 2009 nicht realisiert werden kann. Die Folgen: Entweder ein Sprung auf den landesweiten Fallwert für sämtliche Krankenhäuser am 01.01.2009 oder eine Verlängerung der Konvergenzphase, die vom Gesetzgeber andere Rahmenbedingungen benötigt, um tatsächlich eine Angleichung der hausindividuellen Basisfallwerte sicherzustellen.

**Preiswettbewerb**

Konsens in der Sonder-GMK bestand bzgl. der Förderung des Wettbewerbes unter den Krankenhäusern. Dabei ist fraglich, was hier unter Wettbewerb verstanden wird. Grundsätzlich sollten im Wettbewerb unter den Krankenhäusern Mindestanforderungen an die Qualität gewahrt bleiben, was gem. § 137 SGB V zu regeln wäre.

**Unsere Position:**

Nur bei Vorliegen und Einhaltung von verbindlichen Qualitätsstandards herrscht ein fairer Versorgungs- und Preiswettbewerb. Für die Basis- und Notfallversorgung muss ein kollektivvertraglich organisierter Versorgungsbereich gewährleistet sein. Für selektive Leistungen ist dagegen die Einführung krankenspezifischer Gestaltungsspielräume möglich. Die wettbewerbliche Preisgestaltung muss ausschließlich den Vertragspartnern obliegen, wobei die DRGs eine maximale Vergütungshöhe angeben. Leistungserbringer und Kostenträger sollten als gleichberechtigte Partner in einem qualitätsgetriebenen Leistungserbringungsprozess gegenüberstehen. Sofern die Krankenkassen mit dem jeweiligen Krankenhaus im Bereich der Basisversorgung keine Preisabschlüsse vereinbaren, gelten die von DRG-Preise (kollektivvertragliches Höchstpreissystem im Bereich der Basisversorgung).

# Landesrahmenempfehlung zur Frühförderung unter Dach und Fach



Einigkeit zwischen den Vertragspartnern, Sozialministerin Dr. Kuppe (3.v.re.) und den Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen Sachsen-Anhalts

Die sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinären Frühförderstellen des Landes haben nun Klarheit: Die am 15.05.2007 unterzeichnete Landesrahmenempfehlung definiert ihre Leistungen und die damit verbundenen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Die neu geschaffene Komplexleistung wird künftig mit

einer Pauschale abgegolten, die die gesetzliche Krankenversicherung und die Sozialhilfe- bzw. Jugendhilfeträger zu geregelten Anteilen finanzieren. Damit haben die Auseinandersetzungen zwischen den Kostenträgern über die Aufteilung der anfallenden Kosten eine sachgerechte Lösung gefunden.

Die Vertragspartner erwarten von der Landesrahmenempfehlung einen Impuls für das bedarfsgerechte Angebot und die qualitativ hochwertige Arbeit der interdisziplinären Förderstellen und sozialpädiatrischen Zentren. Die Ersatzkassen verstehen den Vertrag als Beitrag zu einer integrierten Versorgung, die die Koordination von ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, psychologischen sowie heilpädagogischen Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder in der Familie verbessert.

## Selbsthilfe 2007

# Verlässliche Unterstützung durch Ersatzkassen



**Grafik 2:**  
Finanzielle Unterstützung von Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen durch Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt



**Grafik 3:**  
Mitgliederzahlen in den Selbsthilfegruppen, die Selbsthilfeanträge bei den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt gestellt haben

11 Selbsthilfekontaktstellen, 20 Landesorganisationen und ca. 600 Selbsthilfegruppen erhielten von den Ersatzkassen in den vergangenen Monaten Förderbescheide für das Jahr 2007.

Damit fördern die Ersatzkassen die „Selbsthilfe“ in Sachsen-Anhalt mit einem Gesamtbetrag in Höhe von rund 180.000,00 Euro (siehe Grafik 2+3). Diese nunmehr seit Jahren gewährte Unterstützung

ist ein Zeichen für die hohe Wertschätzung aller in der Selbsthilfe organisierten Menschen.

Ohne die engagierte Arbeit der „Selbsthilfe“ wäre die Situation vieler chronisch Kranker deutlich schwieriger. Die Initiative von Betroffenen und ihrer Angehörigen ist zu einer nicht mehr wegzudenkenden Ergänzung des gesundheitlichen Versorgungssystems geworden.

#### IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV  
Schleierufer 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